

SYNNYTYSKIVUT

Pohdintoja feministisen, lääke- ja hoitotieteellisen tutkimuksen
näkökulmista

Julia Rönkä
Tampereen yliopisto
Naistutkimuksen maisteriohjelma
Pro Gradu tutkielma
Syyskuu 2013

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

JULIA RÖNKÄ: SYNNYTYSKIVUT. Pohdintoja feministisen, lääke- ja hoitotieteellisen tutkimuksen näkökulmista

Pro gradu –tutkielma, 65 s.

Sukupuolentutkimus

Syyskuu 2013

Tutkimukseni tavoitteena on tarkastella synnytyskipuja feministisen, lääketieteellisen ja hoitotieteellisen tutkimuksen näkökulmista. Pyrkimykseni on kyseenalaistaa synnytyskipujen luonnollisuutta. Tutkimuksen kysymykset ovat seuraavat: Miten feministisessä tutkimuksessa tarkastellaan synnytyskipuja? Kuinka tutkielman lähdemateriaalissa, joka tässä tutkimuksessa edustaa suomalaista synnytyslääke- ja hoitotiedettä, käsitellään synnytyskiput ja miten synnytyskipujen lievityksen tehokkuudesta kiistellään?

Analysoin ensiksi feminististä kirjallisuutta, jossa käsitellään synnytyskipuja, naisen synnyttäjäroolin luonnollisuutta sekä lääketieteen ja reproduktioteknologioiden roolia synnytysten kannalta. Toiseksi, analysoin lähdemateriaalia, joka koostuu suomalaisista lääketieteen ja hoitotieteen tutkimuksista sekä artikkeleista. Lähdemateriaalissa käsitellään synnytyskipua, lääketieteen ja hoitotieteiden synnytyskipuhoidon lähestymistapoja sekä synnytyskipuhoidon tehokkuutta. Tutkimalla aineistoa synnytyskipusta pyrin tuottamaan uutta tietoa sosiaalisesta maailmasta ja naisten paikasta siinä maailmassa.

Tutkimukseni lähestymistapa on postmoderni feminismi, joka vastaa parhaiten näkemystäni siitä, kuinka oikeudenmukaista ja emansipatorista tiedettä tuotetaan. Valitsin sen epistemologiseksi positiokseni, koska mielestäni feministinen postmoderni epistemologia johtaa kohdallisen tiedon saavuttamiseen.

Synnytyskipua käsittelevissä teksteissä ilmeni, että puolet (50%) synnyttäjistä kokee erittäin kovaa kipua ja viidennes (20%) sietämätöntä kipua ja että synnytyskipu (kuten kipu yleensä) vaatii hoitoa. Synnytyskipu voi olla haitallista sekä psyykkiselle että fyysiselle terveydelle. Tällä hetkellä Suomessa vallitsee kaksi käsitystä synnytyskipun lievittämisestä: lääketieteellinen ja luonnonmukainen. Luonnonmukaisessa lähestymistavassa synnytyskipu nähdään ennalta annettuna, joten sitä ei kyseenalaisteta tai problematisoida. Ajatellaan, että tehokasta hoitoa siihen ei tarvita, joten kivun hoidon tavoitteena on kivun kestämisen helpottaminen esimerkiksi rentoutumisen avulla. Synnytyskipun lievittämisen kannalta kättilöiden käyttämät menetelmät ovat harvoin tarpeeksi tehokkaita.

Tehokkain kivunlievitysmenetelmä on epiduraalipuudutus, joka lukeutuu lääketieteellisiin synnytyskipun hoitomenetelmiin. Tästä huolimatta epiduraalin käyttö ei takaa aina kivunlievitystä, mikä johtuu lääkannoksen vähäisestä määrästä tai teknisestä epäonnistumisesta. Ei-lääketieteellisiä keinoja priorisoivan sairaalan synnyttäjillä tyytyväisyys hoitoon on matalampi kuin tehokkaasti lääketieteellisiä kivunlievitysmenetelmiä käytettävän sairaalan potilailla. Epiduraalin riittämätöntä annostusta voidaan pitää uudenlaisena vallan käytönä.

AVAINSANAT: Synnytyskiput, luonnonmukainen, epiduraalipuudutus, reproduktioteknologiat.

Sisältö

1 Johdanto.....	4
1.1 Tutkimuksen tausta.....	4
1.2 Tutkimuskysymykset.....	5
2 Feminismin klassikot naisten biologisesta tehtävästä.....	10
2.1 Biologinen kohtalo?.....	10
2.2 Lääketieteen rooli synnytyksessä.....	14
2.2.1 <i>Adrienne Rich ja lääketieteen maskuliinisuus</i>	14
2.2.2 <i>Emily Martin ja tuotantoajattelun hallitsevuus</i>	18
2.3 Reproduktioteknologioiden hyödyt ja haitat.....	25
3 Synnytyskipuista suomalaisessa keskustelussa.....	32
3.1 Synnytyskipu.....	34
3.2 Synnytyskipun lievitys.....	38
3.3 Kivunlievityksen tehokkuus.....	44
3.4 Lähdemateriaalin analyysi ja feministiset näkemykset.....	47
4 Yhteenveto ja pohdinta.....	52
4.1 Yhteenveto.....	52
4.2 Pohdinta.....	57
5 Epilogi.....	60
Kirjallisuus.....	62
Liite 1 Lähdemateriaali.....	65

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tausta

Kiinnostukseni tutkielmanaiheeseen, synnytyskipuihin, herätti Shulamith Firestonen (1945-2012) teos *The Dialectic of Sex. The Case for Feminist Revolution* (1979). Kanadalaissyntyisen radikaalifeministi Firestonen kirja kuuluu tärkeimpiin klassikon aseman saaneisiin feministisiin teoksiin. Tässä teoksessaan hän muun muassa kyseenalaistaa synnytysprosessin luonnollisuutta. Firestonen mukaan raskaus on barbaarista kehon muodonmuutoksen vuoksi ja naisten biologinen synnyttäjän kohtalo on epäreilua naisille esimerkiksi synnytyskipujen vuoksi. Firestonen mukaan kolme tuhatta vuotta sitten naisilla ei ollut muuta vaihtoehtoa kuin kestää synnytyskiput, mutta lääketieteen sekä synnytysteknologioiden huiman kehityksen pitäisi johtaa siihen, että naisten ei enää tarvitse kärsiä synnytyksissä. (Firestone 1979, 189.)

Pidin synnytyskipuja pitkään luonnollisena asiana, joka kuuluu synnytykseen. Omissa vaikeissa synnytyskivuissani sairaalassa käytin ilokaasua sekä epiduraalia, joista en saanut apua. Kokemukseni synnytyskipujen ylivoimaisuudesta sai minut entistä vahvemmin uskomaan, että synnytyskivuille ei voi mitään. Firestonen kirja taas vakuutti minut siitä, että nykyaikana täytyy olla enemmän synnytyskivun hoitomahdollisuuksia kuin kolme tuhatta vuotta sitten. Siitä huolimatta naiset kärsivät synnytyksissä edelleen, mikä herätti ajatuksia yhteiskunnallisesta epäoikeudenmukaisuudesta. Aloin jo epäillä, että lääketiede syrjii synnyttäviä naisia. Tästä syntyikin tutkimukseni hypoteesi: lääketieteellinen tieto ja hoitokäytännöt sivuuttavat synnyttävien naisten hyvinvoinnin. Tätä hypoteesia selvitän analysoimalla suomalaista lääketieteellistä ja hoitotieteellistä tutkimusta.

Firestonen teos herätti itselleni monia ajatuksia, joiden olemassaolosta en tiennyt mitään ennen kirjan lukemista. Tutkimuksessani tavoitteeni on tarkastella synnytyskipuja feministisen, lääketieteellisen ja hoitotieteellisen tutkimuksen näkökulmista. Pyrkimykseni on kyseenalaistaa synnytyskipujen luonnollisuutta. Firestonen virittämänä jäin pohtimaan seuraavanlaisia

kysymyksiä: Mitä merkityksiä annetaan synnytyskivuille lääketieteessä ja hoitotieteissä sekä feministisessä tutkimuksessa? Pystyykö lääketieteellisin keinoin kokonaan poistamaan tai tehokkaasti vähentämään synnytyskipuja, ja jos pystyy, niin mitkä ne ovat? Mitkä ovat syyt, jotka johtavat siihen, että vieläkin sekä naiset että miehet uskovat synnytyskipujen kuuluvan synnytykseen? Miksi synnytysprosessi luonnollistetaan? Voiko edellinen johtua misogyniasta? Miten tehokkaita ovat kättilöiden käyttämät kivunlievitysmenetelmät ja miksi niitä edelleen käytetään, jos tutkimus osoittaa, että niiden vaikutus synnytyskipuihin on vähäinen? Nämä ongelmat ovat taustalla, kun muodostin tutkielmani tutkimuskysymykset.

Firestone on suuri innoittajani ja toivon, että kirja *The Dialectic of Sex. The Case for Feminist Revolution* (1979) tulee tunnetummaksi monella tieteenalalla (kuten esimerkiksi lääketieteellisellä) sekä aiheesta kiinnostuneelle yleisölle. Yritän viedä Firestonen sanomaa eteenpäin tutkimukseni kautta, jossa pyrin edistämään sitä, että synnytyksessä käytettäisiin lääketieteen ja teknologian parhaita keksintöjä naisten hyväksi naisia alistamatta ja syrjimättä. Tutkimukseni lukeutuu sellaiseen feministiseen tutkimukseen, jota Marianne Liljeströmin mukaan motivoivat poliittiset pyrkimykset: muutos ja halu tuoda asiat näkyviin (Liljeström 2004, 15). Tutkimuksessani pyrin tuomaan näkyviin naisten hyvinvoinnin kannalta tärkeitä asioita, sillä ne voivat johtaa muutoksiin naisten asemassa. Teknologiasta ja lääketieteestä on tullut elämäämme osa ja on olemassa paljon erilaisia mahdollisuuksia synnytyksen järjestämiseksi, myös ilman lääkaineiden ja teknologian käyttöä, kunhan niitä sovelletaan yksilöllisesti ja resursseja säästämättä.

1.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen kysymyksenasettelu on seuraava:

A Miten feministisessä tutkimuksessa tarkastellaan synnytyskipuja?

B Kuinka tutkielman lähdemateriaalissa, joka tässä tutkimuksessa edustaa suomalaista synnytyslääke- ja hoitotiedettä, käsitellään synnytyskivut ja miten synnytyskipujen lievityksen tehokkuudesta kiistellään?

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaan luvussa 2. Luvussa analysoin feminististä kirjallisuutta, jossa käsitellään synnytyskipuja, naisen synnyttäjäroolin luonnollisuutta sekä lääketieteen ja reproduktioteknologioiden roolia synnytysten kannalta. Tarkastelen, mitä merkityksiä synnytyskipuille annetaan feministisessä tutkimuksessa. Lisäksi tarkastelen luvussa 2 feminististä keskustelua synnytyskipujen hoidosta ja reproduktioteknologioista.

Tutkimukseni paradigma ja lähestymistapani on postmoderni feminismi, joka vastaa parhaiten näkemystäni siitä, kuinka oikeudenmukaista ja emansipatorista tiedettä tuotetaan. Valitsin sen epistemologiseksi positiokseni, koska mielestäni postmoderni feminismin epistemologia johtaa objektiivisen tiedon saavuttamiseen. Susanne Gannon ja Bronwyn Daviesin mukaan postmodernismi on merkitty syvällisellä skeptisillä suhteella itsestään selviin totuuksiin. Postmodernistit argumentoivat, että tieto on aina kontekstualisoitua, historiallisesti paikannettua, diskursiivisesti tuotettua, ja subjektit ovat rakennettuja vallan ja tiedon verkostoissa. (Gannon & Davies 2007, 79.) Tuija Saresman ajatukset ovat samansuuntaisia: Postmodernissa ajattelutavassa tieteen suhdetta valtaan ei peitetä. Päinvastoin, ajattelutavassa korostetaan, ettei lopullista tietoa ole olemassa. Tästä huolimatta on pyrittävä tuottamaan oikeudenmukaista ja emansipatorista tietoa. (Saresma 2010, 66-68.) Postmoderni feminismi tieteen tavoitteena on sorrettujen ja alistettujen mahdollisimman monipuolinen näkeminen ja kuuleminen. Tässä lähestymistavassa on myös tärkeää muiden yhteiskuntaryhmien tuominen esille, koska vain monipuolinen tieto kaikista yhteiskuntaryhmistä voi johtaa nykyistä oikeudenmukaisempaan maailmaan.

Tutkielmani toinen merkittävä teoria on feministinen standpoint –teoria. Käytän erityisesti kahta teosta, jotka kuuluvat feministisen standpointin ajattelutapaan: Adrienne Richin (1995) *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution* ja Emily Martinin (1989) *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Feministisen standpointin juuret ovat marxilaisessa teoriassa. Marxilaisen klassisen luokkayhteiskunnan analyysin ytimessä on hallitsevan luokan ja työväenluokan välinen konflikti ja joka nostaa alistetun työväenluokan tavoitteet vahvasti esille. Vastaavalla tavalla standpoint-teoria on näkökulmasidonnainen teoria, joka tarkastelee yhteiskunnallisia ilmiöitä naisten näkökulmasta. Standpoint-feministit nostavat naiset ja heidän

kokemuksensa tärkeiksi tutkimuksessa. Feministisen standpointin teoreetikko Sandra Harding osoittaa, että naisten elämän ehdot ovat huonompia kuin miesten, mistä syystä naisten elämät tarjoavat parempia paikkoja, joista voi kyseenalaistaa sosiaalisen järjestyksen (Harding 1993, 59-60). Vaikka on paljon kiistelty siitä, kenen näkemistapa on todempaa, naisten kokemusten tuominen tutkimuksen piiriin on ollut läpimurto, koska se sekä toi päivänvaloon että politisoi naisten näkymättömän kokemusmaailman. Standpoint-feministit purkavat miehistä maailmaa tutkimalla naisia. Feministisen standpointin tavoitteena on järjestelmän muuttaminen naisten muuttaessa maskuliinisia lähtökohtia ja niiden merkityksiä. (Peterson 2004, 38-39.)

Feministinen standpoint asettelee vastakkain alistettuja ja hallitsijoita, mikä ensi näkemältä tuntuu hyvin edistykselliseltä, sillä se mahdollistaa alistettujen ryhmien näkemisen. Edellä mainittujen teosten kannanotto naisten ruumillisuuteen, äitiyteen, maskuliinisuuteen, synnytyslääketieteeseen ja patriarkaattiin ovat olleet tärkeä askel eteenpäin feministisessä tutkimuksessa. Mutta jatkuvan naisten ja miesten sekä lääkäreiden ja kätilöiden vastakkainasettelun koen mustavalkoiseksi, liian pelkistetyksi ja osittain aikaansa eläneeksi. Mielestäni se ei voi toimia moninaistuvassa nykymaailmassa, jossa postmoderni ajattelu ohjaa näkemään, että pelkkä vastakkainasettelu ei voi olla hedelmällistä kenellekään.

Yksi tärkeimpiä tutkimuksessani käyttämiäni teoksia on ranskalaisen filosofin ja feministin Simone de Beauvoirin (2009) *Toinen sukupuoli 1*.¹ Teoksessaan Beauvoir muun muassa pohtii synnyttävien naisten aseman historiallista kehitystä, mikä on erityisen kiinnostavaa tutkimukseni kannalta. Luvussa 2 vertailen ja analysoin Beauvoirin, Firestonen, Richin ja Martinin ajattelua naisten biologisesta kohtalosta sekä lääketieteen roolista synnytyksessä.

Tutkimuksen toiseen kysymykseen vastaan luvussa 3. Analysoin lähdemateriaalia, joka koostuu suomalaisista lääketieteen tutkimuksesta (Sarvela ym. 2005), lääketieteen oppikirjan luvusta (Haukkamaa Maija & Sariola Anna 2001), hoitotieteen tutkimuksista (väitöskirja: Vallimies-

¹ Toinen sukupuoli, *Le deuxième sexe*, ilmestyi ranskaksi vuonna 1949 ja osittain suomennettuna vuonna 1980. Lyhentämätön teoksen ensimmäinen osa *Tosiasiat ja myytit, Les faits et les mythes* (rans.), ilmestyi suomennettuna vuonna 2009.

Patomäki 1998; kaksi opinnäytetyötä: Anttonen ym. 1990; Oksala 2010) sekä artikkeleista (Lääkärilehti: Miettinen 2009; Duodecim: Sarvela & Nuutila 2009). Lähdemateriaalissa käsitellään synnytyskipua, lääketieteen ja hoitotieteiden synnytyskivunhoidon lähestymistapoja sekä synnytyskivunhoidon tehokkuutta. Lähdemateriaalin analyysin kautta tulevat kuuluviin lääkäreiden, kätilöiden ja synnyttävien naisten äänet.

Lähdemateriaalin valintaan vaikutti alkuperäinen hypoteesini siitä, että lääketieteellinen tieto ja hoitokäytännöt sivuuttavat synnyttävien naisten hyvinvoinnin. Tästä syystä valitsin synnytyslääketieteeseen lukeutuvia tutkimuksia, sillä halusin selvittää, miten lääketieteessä käsitellään synnytyskipuja ja ovatko naiset tyytyväisiä lääketieteellisiin synnytyskivun hoitomenetelmiin. Koska osassa feministisestä kirjallisuudesta korostetaan kätilöiden työn tärkeyttä synnytyskivun hoidossa, valitsin myös hoitotieteellisiä tutkimuksia, joissa käsitellään kipua yleensä ja kivunhoidon tärkeyttä sekä synnytyskipua ja naisten tyytyväisyyttä kätilöiden käyttämiin hoitomenetelmiin.

Lähdemateriaalin analyysimenetelmänä käytän Pertti Alasuutarin (2010) laadullisen tutkimuksen näyttenäkökulmaa, koska pidän lähdemateriaalia palana tutkittavaa todellisuutta, näytteenä siitä. Ensimmäisessä vaiheessa keskityn vain lähdemateriaalin todellisuuteen ja tutkin näytteen erilaisia ominaisuuksia (Alasuutari 2010) kuten synnytyskivun esiintyvyyttä, voimakkuutta, synnytyskivun merkitystä naisille, lääkäreille ja kätilöille, erilaisia synnytyskipuhoidon menetelmiä ja niiden tehokkuutta.

Toisessa vaiheessa teen päätelmiä – empiirisiä yleistyksiä - myös siitä laajemmasta kokonaisuudesta, josta näyte on peräisin. Näytteitä siis tutkitaan, koska niitä pidetään esimerkkeinä jostain laajemmasta ilmiöiden kokonaisuudesta. (Mt.) Sandra Harding esittää monen naisteoreetikon argumentoineen, että ajattelun alkaminen äitiyteen liittyvistä kysymyksistä tuottaa tärkeitä vastauksia sosiaalisista järjestyksistä (Harding 1993, 59). Tutkimalla lähdemateriaalia synnytyskivusta tuotan tietoa sosiaalisesta maailmasta ja naisten paikasta siinä maailmassa.

Lähdemateriaalin analyysi -luvun päätteeksi alaluvussa 3.4 pohdin, kuinka lähdemateriaalin analyysi kytkeytyy feministiseen ajatteluun eli mitä analyysini synnytyskivuista kertoo vallitsevista sosiaalisista järjestyksistä.

Luvussa 4 esitän tutkimuksen yhteenvedon, arvioin tutkimustani ja luvussa 5 esitän jatkotutkimuksen aiheita.

2 FEMINISMIN KLASSIKOT NAISTEN BIOLOGISESTA TEHTÄVÄSTÄ

Kiinnostukseni kohteena on feministinen ajattelu naisten biologiasta ja biologisesta tehtävästä, lääketeknologian roolista synnytyksessä ja synnytyskivuista. Erityisesti tarkastelen, miten feministisessä ajattelussa suhtaudutaan luonnonmukaiseen synnytykseen, kivunlievitykseen ja reproduktioteknologiaan.

2.1 Biologinen kohtalo?

Tässä luvussa tarkastelen käsityksiä naisten synnyttäjän roolista biologisena kohtalona sekä sitä, kuinka vahvasti luonnonmukaisen synnytyksen ihailu kytkeytyy Simone de Beauvoirin ja Adrienne Richin ajattelussa patriarkaattisiin eli miesvaltaisiin ja uskonnollisiin tai uskontoon perustuviin aatteisiin. Ranskalainen filosofi ja feministi de Beauvoir perustelee teoksessaan muun muassa väitettä siitä, että naisten toiseutta yhteiskunnassa ei voi selittää ainoastaan biologisella kohtalolla. Yhdysvaltalainen runoilija ja feministi Rich puolestaan esittää, että patriarkaattiset instituutiot määrittävät naisten henkilökohtaisia kokemuksia äitiydestä.

Simone de Beauvoir (2009) pohtii naisen ruumiillisuutta historiallisesti. Kristinuskossa keskiajalta alkaen naisen ruumista pidettiin vastenmielisenä ja häpeällisenä, mikä esti pitkään lääketieteen ja synnytysopin kehityksen. De Beauvoirin teoksessa ranskalainen lääkäri des Laurens kysyy, kuinka ”tämä järjellinen ja arvostelukykyinen jumalallinen olento eli mies voikaan kiinnostua naisen ruokottomista, eritteiden likaamista ruumiinosista, jotka sijaitsevat häpeällisesti vartalon alimmissa osissa”. (Beauvoir 2009, 276, 312.) Tässä luvussa ilmenee, että lääketieteen kielteisyys ja diskriminoiva kuva naisista ovat voineet saada vaikutteita uskonnollisesta ja patriarkaattisesta ajattelutavasta.

Adrienne Richin (1995, 128-129, 134, 157) mukaan kirkkoisien misogynia, joka näki naisen ja varsinkin hänen sukuelimensä pahuuden inkarnaationa, yhdistyi syntymisen prosessiin. Sen mukaan

juutalais-kristillisessä teologiassa naisten synnytyskipu on Jumalan rankaisu. Mielestäni vielä merkillisempää on se, että täytyy kärsiä passiivisesti ja olla muiden ohjauksessa. Esimerkiksi maya-intiaanit näkivät vaikeita ja helppoja synnytyksiä, mutta kipu oli aina itsestäänselvyys. Mies tuli synnytykseen auttamaan ja myös katsomaan, kuinka nainen kärsii. Rich ajattelee, että kulttuurit ja yhteiskunnat ovat erilaisia, mutta naisten elämä, lasten odotus ja kärsimys ovat kaikkialla samanlaisia. Passiivinen kärsimys on naisten kohtalo, mikä on universaalia ja luonnollista. (Mt. 128-129, 134, 157.)

Patriarkaattisten arvojen mukaan synnyttävän naisen kärsimykset ovat luonnollinen ehto naisen olemassaololle. Patriarkaalisessa katsannossa naisten oma arvo riippuu kyvystä synnyttää, jossa kipu ja kärsimys ovat merkittävässä roolissa. Rich väittää edelleen, että anestesia synnytyksessä on jumalanvastaista ja naisen kärsimys synnytyksessä on Isä Jumalan kunnia. Naiseuden samaistuminen kärsimykseen – sekä naisilla että miehillä – on sidottu käsitykseen naisesta äitinä ('woman-as-mother'). (Rich 1995, 159, 168.) Myös Firestone (1989, 189) muistuttaa, että Raamatussa sanotaan: kärsi ja synnytä.

De Beauvoirin ja Richin näkemykset viittaavat siihen, että uskonnollisessa ja patriarkaattisessa ajattelussa, johon lääketiede nojautui pitkään, biologia on ollut perusteena naisten toiseudelle, mitä pidettiin luonnon lakina. Biologian ja siihen perustuvan toiseuden vuoksi naisten täytyy passiivisesti kärsiä synnytyksissä turvautumatta lääketieteelliseen apuun. Vaikka naisten hedelmällisyyttä arvostetaan, silti naisen toiseus määrittää sen, että yhteiskunnallisesti tärkeässä synnyttäjän tehtävässä nainen joutuu kärsimään.

Shulamith Firestone (1979) esittää, että naisella ei ole ollut muuta arvoa kuin hänen hedelmällisyytensä. Naisten arvoa on mitattu sillä, kuinka monta lasta (poikaa) he ovat synnyttäneet (Firestone 1979, 189). De Beauvoirin ajatukset ovat samansuuntaisia. Hänen mukaansa germaanikansojen tapojen mukaan nainen, joka oli osoittanut hedelmällisyytensä, oli kolme kertaa arvokkaampi kuin vapaa mies. Nainen muuttui arvottomaksi, jos hän ei kyennyt tulemaan raskaaksi. Yksilönä vailla lapsia tai miestä naisella ei ollut oikeuksia lainkaan. (Beauvoir 2009, 189.)

Amerikkalaisten naisten historian ja sukupuolen tutkimuksista tunnettu Carroll Smith-Rosenberg teoksessaan *Disorderly Conduct* (1985) esittää, että 1800-luvulla mieslääkärit jopa väittivät, että lisääntymiseen kykenemättömät naiset ovat vaaraksi sekä yhteiskunnalle että itselleen. Lääkäreiden mukaan naimisissa olevien naisten itsekäs raskauden ehkäisy² ja abortti voivat johtaa siihen, että Jumala ja luonto voivat rankaista näitä syntisiä naisia syövällä, hulluudella tai kuolemalla. (Mt. 23.) Myös Rich väittää, että äitiydestä kieltäytyvät naiset nähtiin, ei ainoastaan emotionaalisesti epäilyttäviksi, vaan myös vaarallisiksi (Rich 1995, 169).

De Beauvoir osoittaa, että vaikka raskautta kunnioitetaan yhteiskunnassa, se silti aiheuttaa vastenmielisyyttä. Vaikka naisten hedelmällisyyttä arvostetaan, syntymää pidetään epäpuhtaana ja tämä epäpuhtaus kohdistuu äitiin. Kun lapset, nuoret tai miehet näkevät raskaana olevan naisen vatsan, heidät valtaa kiusaantuneisuus. (Beauvoir 2009, 282.) Tunnepitoisia ja negatiivisia reaktioita, joita aiheuttaa raskaana olevan naisen ruumis, ei voi ohittaa pelkästään kulttuurisena tottumuksena. Shulamith Firestone mukaan raskaus on barbaarista. Raskaus on väliaikainen naisen ruumiin muodonmuutos ihmislajin säilymisen vuoksi. (Firestone 1979, 188.) Firestone kieltäytyy naisten biologisen tehtävän ihannoimisesta. Hänen mukaansa raskaus ja synnytys eivät aina merkitse naisille myönteistä, kaunista tai palkitsevaa tapahtumaa (mt.).

Myös de Beauvoirin mukaan alkukantaisissa olosuhteissa, silloin kun lapset kuolivat esimerkiksi huonon hygienian takia, synnyttäjä ei kokenut luomisen iloa, vaan koki itsensä tuntemattomien voimien passiiviseksi kohteeksi. Kivulias synnytys oli hänelle turha ja epätoivottu sattuma. Vaikka myöhemmin lasta alettiin arvostaa enemmän, synnyttäminen on tarkoittanut edelleen vain luonnollisia toimintoja. Tästä syystä nainen ei korosta ylpeänä olemassaoloaan vaan kestää passiivisesti biologisen kohtalonsa. (Beauvoir 2009, 138.)

De Beauvoir huomauttaa, että naisten biologia ei kohtele naisia reilusti, sillä monella eläinlajeilla on

² Ehkäisy ei ole uusi asia, sillä varmuudella ainakin 4000 vuotta on harjoitettu raskauden ehkäisyä niin luonnollisilla keinoilla kuin taikuudella (Raskauden ehkäisyn historiaa, 2009).

naisia paremmat edellytykset selviytyä lisääntymistehtävästä. Eläinnaarailla on mahdollisuus säästää voimia esimerkiksi vuodenaikojen vaihtelun vuoksi. Sen sijaan naisten lisääntymiskykyä luonto ei rajoita murrosiän ja vaihdevuosien välillä lainkaan. (Mt. 239-240.) Edellisestä huolimatta de Beauvoir ei suostu näkemään naisia vain biologian uhreina, vaan hän siirtyy analysoimaan yhteiskunnan mahdollisuuksia toimia naisten hyväksi.

De Beauvoir (2009) kirjoittaa, että yhteiskunnan vaikutus naisten elämään näkyi jo kauan sitten. Eräissä kulttuureissa liian aikainen avioituminen on kielletty ja jotkut intiaaniheimot edellyttävät, että nainen saa kahden vuoden lepoaikaa synnytysten välillä. Kuitenkin suurimmalle osalle naisia elämä on voinut merkitä jatkuvien raskauksien sarjaa. Näissä olosuhteissa on katsottu järkeväksi rajoittaa lasten lukumäärää esimerkiksi ehkäisyvälineiden avulla. De Beauvoir kuvaa, kuinka Wienissä lääketieteellinen tutkimus selvitti, milloin hedelmöittyminen tapahtuu ja myös miten siltä voidaan välttyä. (Mt. 239-240.) De Beauvoir osoittaa, että siinä, missä luonto toimii naisia vastaan, yhteiskunta ja erityisesti lääketiede pystyvät toimimaan naisten hyväksi.

De Beauvoir (2009) myös perustelee, miksi synnyttäjät tarvitsevat lääketieteen ammattilaisten apua. Se johtuu siitä, että raskaus on uuvuttavaa työtä, joka ei hyödytä naista yksilönä, vaan vaatii häneltä suuria uhrauksia. Raskausaikana elimistö menettää kalsiumia, fosforia ja rautaa; ilmenee anemiaa ja veren koostumus muuttuu samanlaiseksi kuin nälkiintyneillä ja toipilailla. Raskausaikana usein ilmenee komplikaatioita ja itse synnytys on tuskallinen ja vaarallinen. Tämä elimistön kriisi näyttää, ettei ruumis toimi aina sekä yksilön että lajin hyväksi. Lapsi tai äiti voi kuolla tai synnytys voi aiheuttaa kroonisen sairauden. De Beauvoir toteaa, että ”lajin ja yksilön ristiriita, joka saattaa ilmetä synnytyksessä rajunakin, tekee naisen ruumiista pelottavan hauraan”. Naisten tautien sanotaan olevan vatsassa, mikä on totta: ”laji riuduttaa heitä”. (Mt. 95-96.)

De Beauvoirin mukaan nainen on biologian vanki, mikä on hänelle vaarallista. Biologia ei kuitenkaan yksin määrää naisen paikkaa maailmassa, vaan pikemminkin biologian lait ovat yhteiskunnallisten olosuhteiden vaikutuksen alaisia. Ihmiskunnassa yksilölliset mahdollisuudet riippuvat taloudellisesta ja yhteiskunnallisesta tilanteesta. Yhteiskunnan vaatimasta lapsimäärästä

sekä synnytyksen hygieniaoiloista riippuu, kuinka tiukasti nainen on lajinsa otteessa. Naisessa ruumiillistuvat sekä Luonto että Yhteiskunta. (Mt. 101, 333.)

Historiallisen katsauksen perusteella voidaan todeta, että synnyttävien naisten asema on kohentunut. Se ei ole tapahtunut itsestään, vaan se on pitkälti lääketieteen ja muuttuneiden yhteiskunnallisten olosuhteiden ansiota. De Beauvoirilta sain vahvistusta omalle ajatukselleni siitä, että ilman lääketieteen ammattilaisten tukea synnyttäjä voi helposti joutua vaikeuksiin, koska nainen on hauras ja synnytys on vaativa tehtävä. Vaikka synnyttäjän valinta- ja vaikuttamismahdollisuuksia on syytä lisätä (esimerkiksi Martin 1989, Rich 1995), silti suurin vastuu synnytyksestä on ammattitaitoisella hoitohenkilökunnalla, sillä synnyttäjä ei voi tietää asiantuntijan tavoin kaikkia synnytykseen liittyviä turvallisuusriskejä.

De Beauvoirin ajatukset ja omat kokemukseni viittavat siihen, että synnyttävälle naiselle lääketieteen asiantuntijoiden ammattitaito on ensisijaisen tärkeää, koska raskaus ja synnytys voivat olla suuri riski terveydelle. Johtopäätökseni on, että lääketieteelliset menetelmät eivät saisi luonnollistaa naisen biologista kohtaloa esimerkiksi vähättelemällä synnytyskipuja ja uskottelemalla sietämättömien kipujen kuuluvan synnytykseen. Tässä yhteydessä syntyy kysymys, johtuiko lääketieteen ja synnytysopin kehittyminen halusta parantaa synnyttävien naisten terveyttä vai oliko ensisijaisena huolen aiheena yhteiskunnassa arvokkaana pidetyn hedelmällisyyden turvaaminen?

2.2 Lääketieteen rooli synnytyksessä

2.2.1 *Adrienne Rich ja lääketieteen maskuliinisuus*

Edellisessä luvussa tuli esille, että Simone de Beauvoir (2009) piti synnytystä elimistön kriisinä, jonka vuoksi lapsi tai äiti voi kuolla tai synnytys voi aiheuttaa kroonisen sairauden. Tästä syystä

Beauvoirin mielestä lääketieteen kehityksestä on paljon hyötyä naisille ja synnytysopin kehittyminen vähensi synnytyksen vaaroja. Vuonna 1949 Englannissa kivunlievitysmenetelmät määrättiin pakollisiksi. Nämä menetelmät olivat yleisessä käytössä USA:ssa ja Ranskassa. (Beauvoir 2009, 95-96, 243-244.) Synnyttävän naisen tilanne onkin kohentunut, mikä johtuu pitkälti lääketieteen kehityksestä. Sekä synnyttäjien että lasten kuolevaisuus, sairaudet ja sairastumisen riskit ovat vähentyneet huomattavasti.

Sen sijaan Adrienne Rich (1995) ja Emily Martin (1989) eivät näe Beauvoirin tavoin lääketieteen kehityksen merkitystä naisten kannalta yhtä myönteisessä valossa. Seuraavassa tarkastelen Richin käsityksiä lääketieteen roolista synnytyksessä ja luvussa 2.2.2 Martinin näkemyksiä naisten synnyttäjäasemasta.

Mielestäni Adrienne Richin *Of Woman Born* (1995) teoksen punaisena lankana on miesten alistava kontrolli synnytyksen historiassa. Richin historiallinen näkökulma valottaa kättilöiden ja lääkäreiden roolia synnytyksessä. Richin mukaan synnyttämisen historia ei pohjaudu naisten omiin kokemuksiin sekä kättilöiden rooliin synnytyksissä, vaan miesten luomaan synnytysoppihistoriaan. (Mt. 134.)

Pohtiessaan luonnollisen synnytyksen etuja Rich kiinnittää huomiota siihen, että sairaalasyntyminen oli ollut pitkään hengenvaarallista sekä naisille että vauvoille, koska sairaalainfektiot olivat yleisiä 1800-luvulla. Sairaudet kulkeutuivat lääkäreiltä potilaille ja myös potilaiden välillä, koska lääkärit eivät huolehtineet käsihygieniasta. Köyhät naiset, jotka synnyttivät kadulla, kuolivat harvemmin kuin sairaaloissa synnyttäneet. Naiset tiesivät, että synnytys sairaalassa johtaa todennäköisimmin kuolemaan kuin synnytys kotona. Naiset selviytyivät varmemmin kättilön kuin lääkärin käsissä. (Mt. 138, 152-154.)

Voi vain ihmetellä, kuinka naiset selviytyivät historiassa vaikeasta synnyttäjäkohtalostaan. Jos kotisynnytyksessä ilmeni komplikaatioita, synnyttävä nainen ei voinut pyytää apua mistään, sillä muut vaihtoehdot olivat hänelle vielä vaarallisempia. Richin mukaan sairaaloissa naiset eivät

kuolleet synnytyksen aiheuttamiin komplikaatioihin, vaan akuuttiin kohdun streptokokki-infektioon, jolla ei ollut mitään tekemistä synnytysprosessin kanssa. Siihen kuoli myös brittiläinen feministi, runoilija ja kirjailija Mary Wollstonecraft (1759-1797) sekä tuhannet naiset, joista emme tiedä mitään. (Mt. 159.) Biologia ei kohtelee naisia reilusti, mutta myös yhteiskunnan pyrkimykset puuttua synnyttävien naisten hyvinvointiin ovat olleet tuolloin katastrofaalisia.

Richin mukaan synnytyspihtejä, joita pidettiin synnytyslääkärin taitosymbolina, saivat pitkään käyttää ainoastaan mieslääkärit. Mutta miehet, jotka ovat kehittäneet synnytyspihdit, eivät olleet lääkäreitä vaan keinottelijoita. Synnytyspihtejä käytettiin ja käytetään vieläkin mekanistisella raakuudella ja välipitämättömyydellä normaalin synnytyksen nopeuttamiseksi, ja toimenpide aiheutti ja aiheuttaa vaurioita sekä vauvalle että äidille. Rich näkee synnytyspihdit maskuliinisena aseena lääkäreiden ja kätilöiden välisessä taistelussa. (Mt. 144-146.)

Kätilöt avoimesti vastustivat synnytyspihtien käyttöä, ja normaalisynnytyksissä he olivat paljon kokeneempia kuin lääkärit ja kirurgit. Kätilöitä oli vähän, heitäkin pidettiin epäilyttävinä, myös noitina, jotka joutuivat noitavainojen uhreiksi. Kautta historian kätilö oli yksi harvoista naisten ammateista, jota pidettiin likaisena ammatina. Lisäksi uskottiin, että ammatti viehätti naisia, joilla oli epätavallinen äly (noidat). Miesten valta-asemasta johtui, että lahjakkaimmatkin naiset oli ajettu pois ammatista. Kätilötyö oli riistetty naisilta ja satojen vuosien aikana se oli sopimatonta miehille, joten naiskätilöitä oli vähän, mutta mieskätilöitä ei lainkaan. Richin mukaan kätilöiden tietämättömyys lääketieteen ja kirurgian kehityksestä, kuten myös lääkäreiden tietämättömyys naisten anatomiasta ja synnytyksen teknisistä suhteista olivat institutionalisoidun misogynian tulos. (Mt. 135-137, 139, 141, 144-146.)

Rich väittää, että feministinen polemiikki on ollut instrumenttien käyttöä vastaan ja naiskätilöiden luonnollisten kykyjen puolesta. Naiskätilö pysyi synnyttäjän luona synnytyksen alusta loppuun antaen sekä fyysistä että psykologista tukea. Miehet kutsuttiin synnytykseen suorittamaan operaatioita (pihdit, keisarileikkaus), jotka olivat kätilöiltä kiellettyjä. Synnytyshuoneesta tuli operaationäyttämö ja synnytys oli lääkedraama, jossa lääkäri oli sankari. (Mt. 150, 170.) Myös

Martin väittää, että lääkäreiden kuvailuissa synnytyksistä keskiössä on yleensä se, kuinka synnytys organisoidaan ja kuinka teknologiaa käytetään synnytyksen kontrollin välineenä (Martin 1989, 66).

Richin mielestä lääketeknologiaa kuten synnytysanestesiaa käytetään naisten kontrollin välineenä. 1800-luvulla oli mahdollista poistaa synnytyskipu anestesiaa käyttämällä, mikä Richin mukaan loi uuden vankilan naisille. Rich ajattelee, että fyysisen ja psyykkisen kivun välttäminen on vaarallista, koska näin voimme kadottaa yhteyden itseemme. Synnytyskipu on erilaisten tuntemusten merkki synnytyksen aikana. Vapaus kivuista, kuten myös seksuaalinen vapaus, sijoittaa naisen fyysisesti miesten käytettäväksi ja lisäksi vieraannuttaa naiset omasta kehostaan. (Rich 1995, 158-159, 170.) Myös suomalaisen lääketieteen antropologin Marja-Liisa Honkasalon mukaan kärsivä ihminen menettää toimijuuden ja joutuu toisten ihmisten valtaan (Honkasalo 2008, 67).

Edellisen perusteella voidaan sanoa, että Rich kannattaa synnyttävän naisen valintamahdollisuuksia ja korostaa luonnonmukaisuuden paremmuutta. Rich näkee miehet ainoastaan alistajina. Sen mukaan kaikki, mikä on peräisin miehiltä, edustaa patriarkaattisia arvoja. Rich on esimerkiksi todennut, että synnytyseksperit – miehet – kertovat, miten äitien tulee käyttäytyä ja mitä tuntea. Edelleen Richin mukaan me kaikki olemme miesten lääketeknologian käsissä. Synnytys on ”kulttuurisesti tuotettu ilmiö”, joka perustuu passiiviseen luottamukseen miesauktoriiteettiin ja teknologiaan. (Rich 1995, 177.) Richin mielestä lääketiede ja lääketeknologia kuvastavat niin vahvasti miesten ylivaltaa, että Rich ei pysty näkemään lääketeknologiassa mitään hyötyä naisille. Siksi hän ei tuo esiin, että naisten ns. luonnollinen tehtävä kuten myös luonnonmukaisen synnytyksen ihannointi voivat ilmentää myös patriarkaattisia arvoja. Beauvoir on todennut, että luonto riuduttaa naisia ja että yhteiskunnassa on paljon mahdollisuuksia vaikuttaa naisten biologiseen kohtaloon. Myös Rich pyrkii parantamaan naisten asemaa, mutta vastakkainasettelu maskuliiniseen lääketieteen ja alistettujen naisten välillä ei osoittaudu tässä kohtaa hedelmälliseksi.

Richin historiallinen katsaus on hyvin kriittinen, mutta mielestäni se ei ole tarpeeksi rakentavaa. Sekä alistettujen että etuoikeutettujen tietoa täytyy huolellisesti tutkia, koska vain mahdollisimman laaja tieto kaikista yhteiskuntaryhmistä voi johtaa oikeudenmukaisuuteen, ja myös vallanpitäjät ovat

vallitsevan järjestelmän uhreja. Myös Iris Ruoho on todennut samaan tapaan, että laaja tutkimusote tarjoaa miehille monipuolisemman subjektiaseman muunakin kuin ”alistajana” (Ruoho 1990, 49). Rich antaa varsin yksiulotteisen kuvan todellisuudesta ja asettaa mieslääkärit ja naiskätilöt vastakkain.

Adrienne Rich korostaa tutkimuksessaan, että juuri miehillä on ollut ratkaiseva rooli lääketieteen ja lääketeknologioiden kehityksessä. Emily Martinin *The Woman in the Body* (1989) teoksen painopisteenä ei ole lääketieteen maskuliinisuus, vaan lääketieteen naisia alistava ote. Mielestäni Martinin ja Richin tutkimukset täydentävät toisiaan muun muassa kronologisesti. Kun Rich perehtyy erityisesti lääketieteen (synnytysten) historian alkuvaiheisiin, Martin taas tutkii synnytysten yhteiskunnallista tilaa myöhemmässä vaiheessa 20. vuosisadan loppupuolella.

2.2.2 Emily Martin ja tuotantoajattelun hallitsevuus

Tässä luvussa tarkastelen lääketieteen kehitystä sekä synnyttävien naisten asemaa amerikkalaisen antropologin ja feministin Emily Martinin esittämien ajatusten näkökulmasta. Teoksessaan *The Woman in the Body* Martin (1989) keskittyy siihen, miten yhdysvaltalaisessa kulttuurissa nähdään ihmislajin uusintamisprosessi. Yksi teoksen merkittävimmistä ajatuksista on se, että kulttuurissa nainen liitetään koneeseen, jota käytetään kerta toisensa jälkeen tarkoituksena tuottaa lapsi (tuote).

Martin (1989) argumentoi, että teollisessa yhteiskunnassa lääketiede on muuttunut samalla tavalla kuin työnteko, joka on erikoistunut ja erilaistunut. Myös monet modernin lääketieteen elementit edistävät ihmisen yhtenäisyyden fragmentoitumista. Kun tieteessä ihmistä pidetään koneena ja oletetaan, että elimistö voidaan korjata mekaanisilla keinoilla, ei oteta huomioon sellaisia Aspekteja kuten tunteet ja sosiaaliset suhteet. Martin väittää, että lääkärit suhtautuvat fyysiseen, emotionaaliseen ja mentaaliseen kokonaisuuteen rikottavana ja ohjattavana objektina. (Mt. 19-20, 66.) Mielestäni lääketieteen erikoistuminen ja erilaistuminen on nykyajan yhteiskunnan tuote, jolle on muuan muassa ominaista individualismin ja yksilön korostaminen sekä elämäntyylien ja yhteiskunnan fragmentoituminen. Myös postmoderni feminismi kiistää naisten yhtenäisyyden ja

universaalin naiskäsitteen olemassaolon sekä korostaa naisten välisiä eroja. Mutta naisten yksilöllisyyttä ajatellen lääketieteen sisäinen eriytyminen ei voi olla hyväksi, koska jokainen nainen yksilönä on fyysinen, sosiaalinen ja psyykkinen kokonaisuus, jota Martinin mukaan ei pitäisi rikkoa.

Martinin näkemyksen mukaan naisen ruumis pelkistyy lääketieteessä koneeksi. Lääkäri on mekaanikko tai teknikko, joka ”korjaa” naisen ruumista. Jos lääkäri on ohjaaja, silloin nainen on työntekijä, jonka kone (kohtu) tuottaa tuotteen (lapsen). Mutta jos kohtu on kone, joka toimii tiettyjen standardien mukaan, mikä on naisen rooli? Ainakin synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa usein ajatellaan, että nainen on passiivinen supistuvan kohdun omistaja. Martin kuitenkin kirjoittaa, että monessa – jopa puolessa tapauksissa - kohdun toiminnan häiriön syy on tuntematon. Harvoin otetaan huomioon, että naisen yleinen mielentila kuten pelko tai ahdistuneisuus voi johtaa supistusten vähentymiseen tai muihin kohdun toiminnan häiriöihin. Sen sijaan väitetään, että syy on aina fyysisessä tilassa. (Mt. 54, 57, 61-62.)

Myös äiti ja sikiö Martinin mukaan nähdään yhdysvaltalaisessa lääketieteellisessä mallissa ennemmin vastakkain asetettuina kuin yhteenkuuluvina. Lääkärit ovat kehittäneet käsityksen, että keisarileikkaus tuottaa täydellisen vauvan. Uskomus, että keisarileikkaus tuottaa paremman lapsen, perustuu käsitykselle siitä, että ns. normaali synnytys on vauvalle traumaattinen. (Mt. 64.)

Naiset kokevat ruumiinsa fragmentoitumista keisarileikkauksessa kirjaimellisesti, jolloin nainen ei tunne olevansa kokonainen ihminen. Keisarileikkaus vaikuttaa naisiin eri tavalla ja Martinin mukaan usein negatiivisemmin kuin synnytys alateitse. Yleisimpiä reaktioita ovat naisten kokemukset siitä, etteivät he pysty kontrolloimaan, mitä tapahtuu. He voivat kokea myös sielun irtautumista ruumiista, joka johtuu osittain spinaali- tai epiduraalipuudutuksesta. Synnyttäjät kokevat myös avuttomuuden tunnetta, jota he vertailevat jopa kauhean väkivallan kokemukseen. (Mt. 82, 84.)

Martinin tutkimuksessa keisarileikkauksen kokeneet naiset kertoivat pettyneensä siihen, että he

jäivät synnytyskokemuksesta paitsi; ja he myös valittivat leikkauksen jälkeisiä kipuja. Keskittymällä synnytyksen tuotteeseen ei oteta huomioon naisen omaa kokemusta synnytyksestä. (Mt. 65.) Täytyy kuitenkin muistaa, että kivut yleensä (ei ainoastaan keisarileikkauksessa) kuuluvat leikkauksen jälkeiseen tilaan. Naisten synnytyskokemuksiin yleensä myös kuuluu kipu. Martinin tutkimuksessa eräs kolmen lapsen äiti on sitä mieltä, että supistusten ei ole tarkoitus olla kivuliaita. Ne ovat energian syöky, joka mahdollistaa avautumisen niin, että lapsi voi tulla ulos. Jos ne koskevat, ei voi täysin rentoutua, mikä puolestaan vie pidemmän ajan vauvan kulkemiselle eikä synnyttäjän ole lainkaan hyvä olla. (Mt. 158.)

Martinilla ilmenee ristiriitaisuutta kritiikissä, jonka mukaan keisarileikkaus on mahdollinen vain hyväosaisille naisille toimenpiteen kalleuden vuoksi. Tulkitsen tämän niin, että jotakin myönteistä keisarileikkauksessa täytyy olla, jos jotkut sitä tavoittelevat ja ovat myös valmiita maksamaan siitä ruumiin fragmentoitumisesta ja jälkikivuista huolimatta. Tästä huolimatta Martin keskittyy keisarileikkauksen negatiivisiin puoliin ja samalla kuitenkin kritisoi, kuinka epäoikeudenmukaisesti leikkauksen saannin mahdollisuus liittyy rotuun ja luokkaan. Jos keisarileikkaus on negatiivinen ilmiö, silloin minun käsitykseni mukaan pitäisi taistella siitä, että yksikään yhteiskuntaryhmä ei saisi sitä, eikä kritisoida kyseessä olevan leikkauksen saannin vaikeutta.

Jos vielä nykyaikaisten asenteiden mukaan supistusten aiheuttama kipu on jotenkin jalompaa kuin leikkauksen jälkeinen keinotekoinen kipu, niin täytyy ottaa huomioon, että Martinin tutkimuksesta on kulunut jo yli 20 vuotta. Silloin niin sanotulla luonnollisella synnytyksellä saattoi olla vielä enemmän arvoa kuin nykyaikana. Vai pitävätkö synnyttävät naiset supistuskipua niin luonnollisena ja itsestään selvästi synnytykseen kuuluvana, että se on heidän mielestään aina parempi vaihtoehto keisarileikkauksen aiheuttamalle niin sanotulle keinotekoiselle kivulle?³

Martinin johtopäätös on, että jos synnytys yhteiskunnassa on pelkkä tuotantoprosessi, meidän täytyy antaa sen olla ohjattu, pitää tehokkaana ja lopulta koneilla suoritettuna. Mutta jos synnytys

³ Haastateltava Marcia Levy: Naiset ovat tehneet tämän miljoonien vuosien ajan. Vaikka se koskisi kauheasti viisi tuntia tai enemmän, minä voin kestää tätä niin kuin jokainen nainen on tehnyt. Katsokaa kaikkia näitä lapsia ympärillä. (Martin 1989, 78.)

on osa elämän virtaa, me haluamme, että se tapahtuu samassa paikassa, jossa elämme; kotona ystävien ja perheen keskuudessa. Jos synnytys on raskasta työtä, jota palkitaan tekemällä, silloin naisille täytyy antaa tarpeeksi aikaa, tilaa ja tukea synnytyksen suorittamiselle. (Martin 1989, 159.)⁴ Rich (1995) on samaa mieltä: Ihanteellisesti naisen pitäisi voida itse valita missä, miten ja milloin hän synnyttää. Naisten vaikuttamismahdollisuuksia on lisättävä, mikä tarkoittaa, että nainen voi löytää oman tavansa synnyttää. Tämä ei tarkoita kivutonta synnytystä, vaan sitä, että tarpeeton kipu ehkäistään. Miessynnytyssopin mukaiset sairaalat aiheuttavat depersonalisaatiohäiriöitä naisille, minkä vuoksi synnyttävä nainen tuntee itsensä automaattiseksi koneeksi ja kokee olevansa ajatustensa ja ruumiinsa ulkopuolella. Synnytyssairaaloiden muuttaminen naisystävälliseksi sekä kätilösynnytys ovat naisille tärkeitä askeleita oman ruumiin haltuun ottamisessa. (Rich 1995, 174, 179.)

Martin ei kuitenkaan ota huomioon tutkimuksessaan, että kaikki naiset ja synnytykset ovat erilaisia. Martin assosioi synnytyksen teolliseen tuotantoprosessiin, jonka johtajana toimii lääkäri ja nainen on kone, jota lääkäri hallitsee. Tämä on epäilemättä negatiivinen ilmiö, jota naiset Martinin tutkimuksessa vastustavat. Siten suurin osa Martinin haastateltavista vastustaa lääketieteellistä kontrollia, koska se on alistavaa. Mustavalkoinen ajattelu sulkee pois erilaisuuden ja ruokkii vastakkainasettelua. Martin asettaa lääkärit ja naiset vastakkain keskittyen lääketieteellisen kontrollin negatiivisiin puoliin. Kuitenkaan vastakkainasettelu ei voi olla hedelmällistä kenellekään. Standpoint feminismin naiskäsitystä on kritisoitu siitä, että se olettaa naisten olevan yhtenäinen ryhmä. Postmodernissa feministisessä teoriassa hylätään ajatus naisista yhtenä universaaliryhmänä ja keskitytään naisten välisiin eroihin kuin samankaltaisuuksiin. Judith Butlerin (2006, 239) mukaan rajaton naisten kategoria ei sulkisi ketään ulkopuolelle. ”Me” on kuvitteellinen rakennelma, joka kieltää omat sisäiset monimutkaisuutensa ja määritelmänsä (Butler 2006, 237). Mielestäni Donna Haraway (2006, 147) on samaa mieltä: Maailmassa on olemassa monia 'me'-subjekteja, eikä kukaan yksittäisenä ole 'me' (mt. 147). Hän on myös huomauttanut, että yksittäinen visio tuottaa huonompia illuusioita kuin kaksoisvisio tai monipäinen monsteri (Haraway 2004, 13). Keskustelussa synnytyksistä ja synnytyskivuista pitäisi antaa tilaa monelle synnytysvaihtoehdolle, sillä

⁴ Haastateltava Marcia Robbins: Kun olet synnyttämässä kotona, kukaan ei käske sinua pysymään samassa paikassa tai tehdä sitä ja tätä. Olet itsesi herra ja minä pidän tästä. Minä todellakin haluaisin olla kotona viimeiseen hetkeen saakka ennen synnytystä. (Martin 1989, 185-186.)

luonnollisen synnytyksen pitäminen ainoana oikeana synnytysvaihtoehtona voi tuottaa sellaisia illuusioita, joita kohtasi Michele Crossley, 2007 (tässä luvussa alempana).

Martin rinnastaa synnytyksen työntekoon ja myöntää, että synnytys on raskasta työtä⁵ (Martin 1989, 88). Mutta miksi juuri tätä raskasta työtä naisen pitäisi suorittaa kokonaan itse? Jos kaikkia muita raskaita töitä on pyritty helpottamaan, miksi synnytyksessä ei saisi hyödyntää lääketeknologista apua?

Kritisoimalla tuotantoajattelua Martin ei huomaa, että suosittelemalla kotisynnytyksiä hän itsekin sortuu tuotantoajatteluun: kaikki äidit (ja myös kaikki sikiöt) ovat luotu samanlaisiksi ja he myös toimivat saman kaavan mukaan. Kaikki tapahtuu kuin liukuhihnalla. Kuten Haraway on todennut, ihmisen genomiin liittyvien hallitsevien narratiivien näkökulmasta ihmiset ovat lukevia ja kirjoittavia (ja synnyttäviä! - JR) omien geenien teknologioita. Luonto on teknologia, josta on tullut erityinen tapa käsittää sosiaalista kategoriaa. Meistä on tullut meidän teknologiamme tapauksia. (Haraway 2004, 142.) Haraway rinnastaa ihmisen genomien ja biologian ihmisten luomiin teknologioihin, mikä mielestäni kuuluu Harawayn tärkeimpiin ajatuksiin. Harawayn mukaan biologia on diskurssi, joka ei ole todempaa kuin mikä tahansa muu narratiivi. Haraway väittää, että biologia on sosiaalisesti luotu kategoria, jonka sisällä toimivat samat säännöt kuin monessa muussa sosiaalisessa järjestelmässä kuten hierarkkisuus, maskuliinisuus ja heteroseksuaalisuus. Suurelle osalle ihmisiä biologia tarkoittaa luonnollisuutta tai luonnon lakia, johon ei voi puuttua tai jota ei voi muuttaa. Tässä tapauksessa synnytyskipudiskurssia synnytyskipujen luonnollisuudesta, jolle kukaan ei voi mitään, käytetään tarkoituksena hallita ja alistaa naisia.

Martinin ajattelun mukaan synnyttäjän on parempi noudattaa oman ”teknologian” sääntöjä (joiden mukaan hänet on ohjelmoitu) kuin lääkäreiden sortavia ohjeita ja interveutioita. Ristiriita ilmenee viimeistään silloin, kun synnytys ei suju odotusten mukaan ja ilmenee komplikaatioita. Ongelmatapauksissa, jotka eivät ole harvinaisia, yleensä turvaudutaan lääkäriapuun, jolloin lääkäriä ei enää pidetä alistajana, vaan pelastajana. Näin tapahtui Michele Crossleyn ensimmäisessä

⁵ ”Labor is called labor because it is the hardest work most people will ever do” (Martin 1989, 88).

synnytyksessä, josta hän kirjoittaa artikkelissa *Childbirth, Complications and the Illusion of 'Choice': A Case Study* (2007).

Luonnollinen vs. Medikalisoitu?

Crossley päätti, että hänen ensimmäisestä synnytyksestään tulee niin luonnollinen kuin mahdollista. Hänen päätökseensä vaikuttivat muun muassa Martinin (1987) sekä Richin (1995) teokset. Crossley ajatteli, että vahva asenne luonnollista synnytystä kohtaan sekä tieto synnytysprosessista riittää siihen, että pystyy toteuttamaan synnytyksen ilman lääketieteellisiä interventioita. Todellisuudessa hänen synnytyksensä etääntyi niin kauas 'luonnollisesta' kuin mahdollista, sillä sairaalassa hänelle kerrottiin, että äiti ja sikiö ovat vaarassa, joten hänellä ei ole muuta vaihtoehtoa kuin hyväksyä tarpeelliset lääketieteelliset menetelmät. (2007, 548, 554-555.)

Crossley kysyy artikkelissaan: Miksi en vastustanut ylimedikalisoitua synnytystä tai varhaisia lääketieteellisiä hoitoja, jotka feministisen kirjallisuuden mukaan johtavat entistä isompiin interventioihin? Miksi, toisin kuin ilmaisin synnytyssuunnitelmassa, suostuin Pethidinen ja epiduraalin käyttöön sekä lopulta keisarileikkaukseen? Miksi en taistellut tarpeettomia lääketieteellisiä menettelytapoja vastaan? Crossley myös vastaa omiin kysymyksiinsä:

Toisin kuin terveydenhuollon ammattilaisilla, minulla ei ollut asiantuntijuutta osoittaa, olivatko lääketieteelliset interventiot tarpeellisia ja kuuluiko synnytykseni lääketieteellisiin hätätapauksiin. Minun 'tietoni' tai 'uskomukseni' tai 'tahtoni' olivat täysin merkityksettömiä. Yksinkertaisesti kohtasin tilanteen, jossa minulle kerrottiin, että molempien, sekä minun että lapseni elämämme ovat vaarassa. Ainoina 'vaihtoehtoina' olivat turvallinen synnytys tai mahdollinen kuolema. Kuinka me voimme sanoa tekevämme 'valinnan'? Moni toteaisi, että taistelu periaatteen säilyttämiseksi (kyvystä synnyttää 'luonnollisesti') ei olisi vahvuuden vaan tyhmyyden ja heikkouden merkki. Synnytyslääkärillä on enemmän valtaa kuin naisella, sillä heillä on enemmän tietoa. (Crossley 2007, 557-559.)

Crossley toteaakin, että nykypäivän synnytystä ympäröi 'valinnan retoriikka'. Naisille, erityisesti ensisynnyttäjille, ei pitäisi uskotella, että synnytys on 'luonnollinen prosessi', jossa komplikaatioita ja keisarileikkauksia esiintyy vain hyvin harvoin. (Ma. 560.) Martin taas väittää, että synnytys ei pelkästään tapahdu sinulle, vaan se on jotain, minkä sinä itse teet (Martin 1989, 87-88). Martin tarkoittaa, että siihen, mitä tapahtuu synnytyksessä, on mahdollista itse vaikuttaa. Vastustamalla olemassa olevia käytäntöjä naiset pystyvät aktiivisesti vaikuttamaan synnytyksen kulkuun. Mutta kaikesta huolimatta synnytys myös vain tapahtuu, sillä synnyttäjä ei pysty aina vaikuttamaan tapahtumiin esimerkiksi vaikean verenvuodon tai muiden komplikaatioiden vuoksi, eikä pelkkä tieto synnytyskivuista vastaa todellista kipukokemusta. Tässä kohtaa taas kerran tulee lääkärin vuoro vaikuttaa. Synnyttäjän ja lapsen turvallisuutta ajatellen lääkärin asiantuntijuus on usein korvaamatonta. Martin keskittyy teoksessaan suhteellisen ongelmattomiin tapauksiin, joissa pystytään selviytymään ilman lääkärin (alistavaa) kontrollia.

Clare Stockill (2007), myös omiin kokemuksiinsa nojautuen, harmittelee Crossleyn esittämää johtopäätöstä siitä, että synnytystavan 'valinta' on vain ideaali, jota ei voi muuttaa käytännöksi. Stockillin ensimmäinen synnytys oli hyvin medikalisoitu ja teknologisoitu, hyvin erilainen kuin se, johon hän oli valmistautunut synnytyssuunnitelmassa. Kuten Stockill kirjoittaa, hänen protestinsa medikalisoitua synnytystä vastaan oli hiljennetty väitteellä yllättävän riskin mahdollisuudesta. Stockill ihmetteli hätätilannetta, sillä hänen synnytyksensä oli 'normaali' ja tyttärensä oli kunnossa. Hän on eri mieltä Crossleyn kanssa siitä, että synnytys on täysin kontrolloimaton kokemus. (Ma. 571-572.)

Kolmannen ja neljännen synnytyksen aikana Stockill oli luokiteltu 'matalan riskin' synnyttäjäksi, joka tiesi kehonsa mahdollisuuksensa sekä kykeni synnyttämään ilman interventioita. Kolmas synnytys tapahtui kotona ja synnytyksessä avusti kättilö. Itse synnytys oli 'ilontäyteinen ihana tapahtuma'. Stockillin muistoksensa synnytyshetkestä on äärimmäisen onnellinen ja hän myös toivoo, että ihmiset näkevät tässä tapauksessa sen, että iloinen synnytys on mahdollista. (Ma. 573.)

Stockillin mukaan odottavia äitejä ei tule kohdella kuin asiantuntijoita vaan ihmisinä, joilla on

oikeus valita mahdollisuuksista, jotka tehdään heille tutuiksi. Ammattilaisten velvollisuutena on tarjota äideille vaihtoehtoja sekä välineitä seurausten arvioimiseksi. Käytännössä 'valinta' työstetään keskusteluissa, joita käydään sekä ennen synnytystä että synnytyksen aikana. (Ma. 575.)

Sekä Stockillin että Martinin mukaan lääkärit käyttävät kaikkiin synnyttäviin naisiin usein täysin tarpeettomia lääketieteellisiä teknologioita tarkoituksena hallita synnytysprosessi. Martinin kysymys on seuraava: Jos lääkärit kuten johtajat kontrolloivat työntekeä, jota naisruumis tekee synnytyksessä, lopettavatko he kontrolloinnin poistamalla työkohteen eli naiset itse (Martin 1989, 144), mihin johtaisi keinokohtujen käyttöönotto? Tarkastelen tätä kysymystä seuraavaksi reproduktioteknologioiden roolin yhteydessä.

2.3 Reproduktioteknologioiden hyödyt ja haitat

Feministisessä tutkimuksessa on suhtauduttu monin tavoin reproduktioteknologiaan. Simone de Beauvoir (2009) oli ensimmäisiä feministejä, joka puolusti lääketieteen ja lääketeknologian käyttöä synnytyksissä ja oli sitä mieltä, että lääketieteen kehitys merkitsee synnyttävien naisten aseman parantamista. Beauvoirin mielestä lääketeknologiasta on paljon hyötyä naisille, joiden elämää aikaisemmin hallitsi loputon synnytysten sarja. Myös keinohedelmöitys merkitsee mahdollisuutta hallita lisääntymistään. Muutoksilla on erityisen paljon merkitystä naisille, jotka pystyvät vähentämään raskauksien määrää sen sijaan, että jäisivät niiden orjiksi. (Beauvoir 2009, 243-244.)

Kuten de Beauvoir (2009) on todennut, naisten biologisen kohtalon vaikeuden aste riippuu taloudellisesta ja yhteiskunnallisesta tilanteesta. Shulamith Firestone (1979) konkretisoi Beauvoirin ajatusta toteamalla, että naisten vapautuminen biologian tyranniasta voi tapahtua teknologian kehityksen kautta. Se on luonut todellisia edellytyksiä 'luonnollisten' alistavien olosuhteiden voittamiselle. (Firestone 1979, 183.)

Voi olla, että lääkäristä on tulossa uusi työntekijä, joka koneiden avulla tuottaa lapsia, huomauttaa

Emily Martin (1989, 146), vaikka hän ei haluakaan tämän vision toteutuvan. Sen sijaan Firestonen usko teknologian mahdollisuuksiin oli niin vahva, että hän kehitti sukupuolten tasa-arvo-ohjelman, jossa reproduktioteknologialla oli merkittävä rooli. Koska Firestone mukaan naisen biologia on alistuksen tärkein syy, hän vaati, että naiset on vapautettava biologisesta kohtalosta, eli uusintamisen tyranniasta, ottamalla yleiseen käyttöön keinotekoiset reproduktioteknologiat.

Firestone uskoi, että naisen ruumista ei tulevaisuudessa tarvittaisi synnyttämiseen, koska teknologian ja lääketieteen kehitys johtaa keinohedelmöityksen ja keinokohtujen yleiseen käyttöönottoon. Näin naisen vapautuminen biologisesta uusintamisen tehtävästä tulee uhkaamaan myös perheen olemassaoloa, joka on järjestetty naisten biologisen kohtalon ja reproduktiokehittävän ympärille. (Firestone 1979, 188, 192-193.) Martinin mukaan vuonna 1973 ajateltiin, että keinokohtujen käyttöönotto on vain ajan kysymys. Keinokohtujen etuna voidaan nähdä synnytyshäiriöiden vähentymisen sikiön kehittyessä täydellisen turvallisessa ja säännöllisessä ympäristössä. Martin kuitenkin painottaa, että se näyttää samankaltaiselta naisten ruumiin aliarvostamiselta, joka johti 1950-luvulla uskomukseen, että tieteellisesti tuotettu maito on lapselle parempi kuin rintamaito. (Martin 1989, 146.)

Teknologian kehityksellä ei ole ollut niin suurta vaikutusta sukupuolten tasa-arvoon kuin Firestone toivoi. Firestonen mukaan ristiriita ilmenee siinä, että vaikka biologia riuduttaa naisia, lääketeknologian käyttöönotto ei ole itsestään selvää. Pelko uutta teknologiaa kohtaan on yleinen ja se ilmenee epäilyksenä hoitojen 'luonnottomuudesta', äitiyden vastaisuudesta ja keinotekoisuudesta. Luonnollisen synnytyksen kultti kertoo, kuinka kauas me olemme etääntyneet todellisesta ykseydestä luonnon kanssa. Ehkä syntymän mystifiointi ja kohtalonusko saavat naisia helpommin hyväksymään luonnonmukaisen synnytyksen. (Firestone 1979, 188-189.) Ykseys luonnon kanssa tarkoittaa sopeutumista luontoon, mikä on vierasta suurelle osalle nykyihmisistä. Mielestäni Firestone painottaa luonnollisen synnytyksen luonnottomuutta juuri tästä näkökulmasta. Jos emme elää ykseydessä luonnon kanssa, niin miksi meidän pitäisi pyrkiä synnytysprosessin luonnollisuuteen? Rationaaliset selitykset kuten ykseys luonnon kanssa eivät tue luonnollisen synnytyksen kulttia. Silti naisten uskoa luonnollisen synnytyksen paremmuuteen pyritään vahvistetamaan ja ylläpitämään myyteillä ja ideologialla naisten biologisen tehtävän

luonnollisuudesta. Myös Firestone myöntää, että naisen vaikeassa synnyttäjä-kohtalossa biologialla on paljon vaatimattomampi rooli kuin patriarkaattisilla ja uskonnollisilla aatteilla.

Keinotekoinen reproduktio ei ole itsestään selvästi epäinhimillistä, vakuuttaa Firestone. Mahdollisuuksien kehittäminen tekee mahdolliseksi tarkistaa uudelleen äitiyteen liittyviä arvoja. Meillä on vieläkin paljon enemmän mielikuvituksetonta teknologian pelkoa kuin ymmärrystä sen vallankumouksellisesta merkityksestä. (Ma. 189-190.) Radikaalifeministi Firestonelle reproduktioteknologioiden käyttöönotto tarkoitti lähes ainoastaan keinoreproduktiota - sitä, että naisten ei enää tarvitsisi synnyttää. Juuri tätä ei ole tapahtunut vielä, mutta reproduktioteknologioiden kehitys ja käyttö muilla kuin keinoreproduktion alueilla on ollut huimaa - toisin kuin Firestone oli ajatellut. Reproduktioteknologioita kehitetään ja käytetään jatkuvasti, mutta sen seuraukset eivät ole aina olleet toivottuja.

Reproduktioteknologioiden edellä mainittua ulottuvuutta sekä reproduktiivista genetiikkaa, sukupuolta ja ruumiillisuutta on tutkinut sosiologi ja feministi Elizabeth Ettorre. Hän väittää, että reproduktioteknologioilla on muutoksia aiheuttava vaikutus ihmisten reproduktion sosiaaliseen prosessiin, jonka tuloksena on muun muassa se, että kaupallistaminen tulee näkyväksi tässä prosessissa (Ettorre 2009, 461). Myös Martin on samaa mieltä. Reproduktioteknologiat edustavat synnytyksen pitämistä kaupallisena tuotantona: munasoluja, kohtuja ja jopa lapsia myydään ja ostetaan entistä enemmän. Synnytyksen ja tuotannon analogia on jatko olemassa oleville tendensseille: siitä lähtien kuin synnytys on määritelty mekaaniseksi kohdun työksi, synnytys voidaan nähdä tavaroiden (re)produktiona. Kyse ei ole pelkästään reproduktioteknologiasta, vaan kyse on myös tuotannon sosiaalisista suhteista, jotka määräävät, kuka uutta teknologiaa käyttää ja kenen hyödyksi. (Martin 1989, 145-146.) Yleisesti reproduktioteknologiat todistavat pääomaintensiivistä lähestymistapaa lääketieteeseen, joka suhtautuu uusintamiseen samalla tavalla kuin hyödykkeiden reproduktioon (Ettorre 2009, 452-453). Teknologioiden käyttöä valtakysmyksenä ei voi ohittaa myöskään tässä kontekstissa.

Raskausajan geeniteknologioita käytetään rutiininomaisesti raskauden seurannan prosesseissa (ma.

452). Donna Haraway kytkee tämän ilmiön valtakysymykseen. Lääketieteen reproduktiivisten tilanteiden muutoksissa naisten ruumiille muodostuu uudet läpäisevät rajat sekä 'visualisoinnille' että 'interventiolle'. Kuka kontrolloi ruumiillisten rajojen muutoksia lääketieteessä, on tärkeä feministinen kysymys. Sukupuoli, seksuaalisuus ja reproduktio ovat keskeisiä toimijoita korkeaan teknologiaan perustuvissa myyteissä, jotka muovaavat mielikuvaamme henkilökohtaisista ja sosiaalisista tulevaisuuden mahdollisuuksista. (Haraway 2004, 28-29.)

Haraway kieltäytyy näkemästä teknologiaa positiivisena tai negatiivisena ilmiönä. Hän vastustaa ajatusta, että alistaminen (johtaminen epätasa-arvoiseen asemaan) on välttämättä teknologian kehityksen tulos. Se on sellainen painajaismainen ongelma tänä päivänä kaikkialla, jota ei voi ratkaista niin, että 'annetaan vain ladata ihmisten tietoisuus viimeiseen siruun saakka' ja näin päästään eroon kivuista ja kärsimyksistä. Myöskään ongelmasta ei voi päästä eroon vakuuttamalla, että mikään ei ole vialla. Jotain on todellakin vialla eikä siinä ole vielä kaikki, mitä tapahtuu. Mutta se on myös resurssimme muodostaa uusia yhteyksiä, sillä me emme koskaan aloita aivan tyhjästä. (Haraway 2006, 151.)

Siinä missä Haraway näkee teknologian mahdollisuudet sekä ongelmana että resurssina, Elizabeth Ettorre (2009) puolestaan painottaa reproduktioteknologioiden käytön eettisyyden ongelmallisuutta. Tutkimukset osoittavat, että samalla kun raskausteknologioilla on mahtavia mahdollisuuksia, perushoidon lääkäreiltä puuttuu laaja tietämys kliinisestä genetiikasta, mukaan lukien raskausgenetiikka. Lääkäreiden pitäisi saada parempaa koulutusta geneettisistä riskitekijöistä, mikäli suuria mahdollisuuksia on olemassa. (Ettorre 2009, 453.)

Kun lääketieteen ammattilaiset etsivät huonoja geenejä tai poikkeavia sikiöitä, tällä on laajoja yhteiskunnallisia vaikutuksia, jotka ylittävät kliiniset suhteet (Ettorre 2009, 461). Ettorren (2009) huomion kohteena on reproduktioteknologioiden käytön eettisyys, sillä näiden teknologioiden käyttö voi vaikuttaa eriarvoistavasti sekä naisiin että sikiöihin. Raskauden geneettiset teknologiat ovat vaikutusvaltainen tapa tuoda biologia ja hierarkia sosiaalisiin suhteisiin. Tämä rakentuu ajatukselle, että geneettisen pääoman, syntyperän, lisääntymiskyvyn ja sosiaalisen kelpoisuuden voi

asettaa paremmuusjärjestykseen. (Ma. 458.)

Raskausajan geneettiset teknologiat voi määrittää lääketieteellisiksi teknologioiksi, joita käytetään sikiöanalyysissa. Ne ovat reproduktioteknologioita ja esimerkiksi sekä DNA- että ei-DNA-teknologioiden käyttötarkoituksena on tutkia sikiön poikkeavuuksia. Matalan riskin sikiö ja terve sikiöruumis nähdään arvokkaampana sekä taloudellisesti että fyysisesti, sillä potentiaaliset ruumiit (sikiöt) arvioidaan hyödyllisyyden näkökulmasta, eli mitä ne voivat tulevaisuudessa tuottaa ja millaiset ovat yhteiskunnalliseen elämään osallistumisen mahdollisuudet. Näillä tekniikoilla on diskriminoiva vaikutus vammaisiin ihmisiin. Yhteiskunta ottaa suuren riskin käyttämällä tämän tyyppisiä teknologioita, jotka yrittävät hävittää vammaisuuden ja edistää perfektionismin kulttuuria. Näillä tutkimuksilla on ”rodunpuhdistuksen paine” erityisesti silloin, kun tutkimuksen kautta päädytään aborttiin. (Ma. 449-450, 453, 455.)

Raskauden teknologisia tutkimuksia voi tulkita ennemmin massojen tutkimukseksi kuin lääketieteelliseksi arvioinniksi tietyn naisen raskaudesta. Tässä prosessissa naisia jaetaan ”huonoihin” ja ”hyviin” tuottajiin. Tämä teknologinen mullistus levitti yhteiskuntaan biomedikaalisia arvoja hyvistä geneistä, naisista sikiöiden hautomokoneina ja korkealaatuisista ruumiista. Raskauden geneettisellä teknologialla on selvästi sosiaalisia ulottuvuuksia ja arvoja, jotka ylläpitävät uusintamisen moraalia. Sikiöseulonasta on tullut äitien velvollisuus ja siitä kieltäytymällä naisille koituu negatiivisia seurauksia. (Ma. 449, 453.)

Ettorre korostaa, että teknologioiden avulla asiantuntijat ovat todistamassa, että geenit, sikiöt ja kohdut voi arvottaa ja asettaa paremmuusjärjestykseen. Tällä on kauaskantoisia seuraamuksia. Tässä systeemissä naiset jaetaan kahteen vastakkain asetettuun ryhmään sillä perusteella, miten hyvin he reproduktioivat. Naisten, joilla on terveet geenit, pitäisi lisääntyä ja tuottaa lapsia. Sen sijaan naiset, joilla on kohtu- ja synnyttämisongelmia, saattavat tuottaa vammaisia lapsia, joiden ei pitäisi syntyä. Arvottamisen seurauksena ajatellaan, että tällaisten synnyttäjien ruumiit ovat virheellisiä, mistä syystä heidän ei pitäisi synnyttää. (Ma. 459.)

Asiantuntijat usein kieltävät raskauteen liittyvää poliittisuuden olemassaolon. Raskauspolitiikat asettavat reproduktiivisia ruumisrajoituksia, jonka tuloksena on se, että naisten ruumiit ovat enemmän kontrollin alaisia kuin miesten. Konsumeristisessa kulutuskulttuurissa naisen raskaana oleva ruumis esiintyy reproduktiivisena resurssina tai ”hyvien vauvojen” tuottajana, joiden normaaliuden raskaudenaikaiset geeniteknologiat varmistavat. (Ma. 451.)

Reproduktioteknologioiden käytön eettisyydestä ja ulottuvuudesta laajempaan yhteiskunnalliseen kontekstiin analysoi myös Martin. Hänen mukaansa lääketeknologia oli ensin testattu köyhillä potilailla, joiden ruumiita hyödyntämällä lääkärit oppivat käyttämään uusia metodeja. Jos metodi oli hyväksytty, silloin se siirrettiin yksityiselle sektorille ja siitä tuli suosittu moderni käytännön tyyli. Epäilemättä, joissakin tapauksissa uudet metodit olivat todella tarpeellisia ja pelastivat ihmishenkiä, mutta voi vain ihmetellä metodien testaamisen kytkeytymistä rotuun ja yhteiskuntaluokkaan. (Martin 1989, 151.) Erityisesti huonossa asemassa olevien naisten kohdalla teknologioiden negatiiviset vaikutukset Ettorren (2009, 453) mukaan tuntuvat ilmeisiltä.

Poliittisuuden ja eettisyyden teema toistuu myös keisarileikkauksaiheen yhteydessä. Martin on todennut, että keisarileikkaus on kallis ja resurssit siihen vähäiset. Sitä pääsevät käyttämään ainoastaan paremmassa asemassa olevat naiset, joilla on yleensäkin kaikkea enemmän (raha, status). Se tarkoittaa, että leikkauksien saatavuuteen vaikuttaa rotu ja luokka. Tutkimus synnytyksistä New York Cityssä v. 1968-77 osoitti, että keisarileikkaus näyttää olevan vähän käytetty ja sitä suoritettiin enemmän korkeasti koulutetuille naisille, joilla oli varaa maksaa yksityisille lääkäreille. (Martin 1989, 150.)

Ettorre pohtii lääketieteellisten teknologioiden negatiivista vaikutusta naisiin. Kuitenkaan teknologiat eivät vaikuta millään tavalla ilman ihmisten myötävaikutusta, vaan asiantuntijat vaikuttavat naisiin käyttämällä teknologioita. Haraway (2004, 25) on todennut, että me emme ole tekemisissä teknologisen determinismin kanssa, vaan historiallisen järjestelmän kanssa, jossa tiede ja teknologia tarjoavat uusia vallan lähteitä. Koneet eivät dominoi meitä. Kone on me, meidän prosessimme ja ruumiillisuutemme ulottuvuus. Olemme vastuussa rajoista. (Mt. 38.)

Nykyajan reproduktioteknologiat tarjoavat monia tehokkaita ratkaisuja lapsettomuudesta raskaudenkehäisyyteen tai lisääntymisen hallintaan. Reproduktioteknologioita myös käytetään tarkoituksena tutkia sikiön ja tulevan äidin mahdollisia geenipoikkeavuuksia. Nykyään reproduktioteknologioita käyttämällä pystyy sellaiseen, mitä vielä sata vuotta sitten ihmiset eivät osanneet kuvitellakaan. Tästä kaikesta huolimatta reproduktioteknologiat eivät tarjoa ratkaisua synnytyskipun poistoon, vaikka muissa reproduktiotarkoituksissa teknologioita kehitetään jatkuvasti. Harawayn mukaan kone/teknologia on me (Haraway 2004, 38), mikä tässä tapauksessa tarkoittaa sitä, että jos tehokkaita synnytyskiputeknologioita ei kehitetä, niitä yhteiskunnassa ei pidetä tärkeinä.

Silloin kun raskausteknologioiden avulla etsitään poikkeavat geenit, yritetään edistää muun muassa perfektionismin kulttuuria, jossa ei olisi vammaisia tai sairaita ihmisiä. Haraway osoittaa, että tässä kulttuurissa reproduktioteknologiat tarjoavat entistä tehokkaampia mahdollisuuksia naisten ruumiiden visualisoinnille ja interventioille. Tämän mukaan nainen muistuttaa esinettä tai jonkun omaisuutta, joka ei tee päätöksiä itse, vaan hänen puolestaan päättävät toiset. Martin tutkimuksessaan osoitti, että kuluttajakulttuurissa nainen muistuttaa konetta, jonka tärkein tehtävä on tuottaa lapsia, ja Ettorren mukaan jopa enemmän - virheettömiä lapsia. Tässä kulttuurissa naiseen suhtaudutaan kuin koneeseen, jolla ei voi olla tunteita tai kipuaistia.⁶

⁶Käsittääkseni näin ollen synnytyskipun poistaminen ei ole reproduktioteknologioiden kehittäjien päällimmäinen tavoite.

3 SYNNYTYSKIVUISTA SUOMALAISESSA LÄÄKE- JA HOITOTIETEELLISESSÄ KESKUSTELUSSA

Tässä luvussa tarkastelen, minkälaisia käsityksiä synnytyskivusta, kivunlievitysmenetelmistä sekä kokemuksia kivunlievityksestä esitetään lääketieteellisissä ja hoitotieteellisissä tutkimuksissa ja artikkeleissa 1990- ja 2000 luvulla Suomessa. Olen valinnut tutkimuksia ja artikkeleita, joissa käsitellään synnytyskipua ja synnytyskivun hoidon tehokkuutta lääketieteessä ja hoitotieteissä, sillä analyysin tavoitteena on vastata tutkielman toiseen kysymykseen:

- ❖ Kuinka tutkielman lähdemateriaalissa, joka tässä tutkimuksessa edustaa suomalaista synnytyslääke- ja hoitotiedettä, käsitellään synnytyskiput ja miten synnytyskipujen lievityksen tehokkuudesta kiistellään? (Kysymys B, luku 1.1)

Lisäksi tässä luvussa tarkastelen, kuinka feministinen keskustelu synnytyskivuista kytkeytyy analysoimaani Suomessa käytyyn keskusteluun.

Lähdemateriaali on esitetty liitteessä sivulla 65.

Suomalaista synnytyslääketiedettä lähdemateriaalissa edustavat Sarvelan ym. (2005) tutkimus, Haukkamaan ja Sariolan (2001) luku lääketieteen oppikirjasta sekä Miettisen (2009) ja Sarvelan & Nuutilan (2009) artikkelit. Etsin teoksia Itä-Suomen yliopiston kirjastosta asiasanahaualla 'synnytyskipu'. Vain synnytyskipua käsitteleviä tutkimuksia ja artikkeleita ei löytynyt montaa. Tästä syystä jouduin käymään läpi synnytystä käsitteleviä teoksia, joissa oli tietoa myös synnytyskivusta. Lähdemateriaalin valintaan ja rajaukseen vaikutti alkuperäinen hypoteesini siitä, että lääketieteellinen tieto ja hoitokäytännöt sivuuttavat synnyttävien naisten hyvinvoinnin. Tästä syystä valitsin synnytyslääketieteeseen lukeutuvia tutkimuksia, sillä halusin selvittää, miten lääketieteessä käsitellään synnytyskipuja ja ovatko naiset tyytyväisiä lääketieteellisiin synnytyskivun hoitomenetelmiin.

Tutkimuksen artikkelit valitsin samalla periaatteella Tampereen ja Itä-Suomen yliopistojen kirjastoista asiasanahauulla 'synnytyskipu'. Artikkeleiden kautta kuuluvat yksittäisten lääkäreiden äänet, jotka ottavat kantaa kysymyksiin synnytyksistä ja synnytyskivuista sekä esittävät subjektiivisia näkökulmia synnytyskipuihin ja synnytyskivun hoitoon. Tämä on mielestäni tärkeää, koska synnytyskivun hoitomuodon valinta perustuu aina tiettyyn näkökulmaan. Naisten kokemuksia synnytyskivun hoidosta käsitellään Sarvelan ym. (2005) lääketieteellisessä tutkimuksessa sekä Vallimies-Patomäen (1998) hoitotieteen väitöskirjassa.

Koska osa feministisestä kirjallisuudesta (luku 2) korostaa kätilöiden työn tärkeyttä synnytyskivun hoidossa, valitsin myös hoitotieteellisiä tutkimuksia asiasanahauulla 'synnytyskipu', joissa käsitellään kipua yleensä ja kivunhoidon tärkeyttä sekä synnytyskipua ja naisten tyytyväisyyttä kätilöiden käyttämiin hoitomenetelmiin. Hoitotieteiden näkökulmaa tutkimuskysymykseen käsitellään Vallimies-Patomäen (1998) väitöstyössä sekä Anttosen ym. (1990) ja Oksalan (2010) terveydenhoitolaitoksen opinnäytetyöjulkaisuissa. Lähdemateriaalin kautta kuuluvat synnyttäneiden naisten, synnytyslääkäreiden ja kätilöiden äänet, jotka keskustelevat synnytyskivuista, luonnonmukaisista ja lääketieteellisistä synnytyskipuhoitomenetelmistä sekä menetelmien tehokkuudesta.

Lähdemateriaalin analyysimenetelmänä käytän sisällönanalyysiä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysi voi olla joko aineistolähtöistä eli induktiivista tai teorialähtöistä eli deduktiivista. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissäni etenen prosessimaisesti kolmivaiheisesti Jouni Tuomen ja Anneli Sarajärven (2009, 108-111) ohjeiden mukaisesti. Lähdemateriaalin analyysi vaiheet ovat seuraavat:

- 1) Lähdemateriaalin redusointi eli pelkistäminen. Analysoitavan informaation tai materiaalin kirjoittaminen auki: Pelkistan tutkimus- ja artikkeliaineistoa siten, että karsin lähdemateriaalista tutkimukselle epäolennaisen keskustelun pois. Tässä vaiheessa keskityn tietoon, jonka avulla voisin vastata toiseen tutkimuskysymykseen. Valitsen vain olennaisen tiedon tutkimuskysymyksen kannalta, joka koskee synnytyskipuja synnytyslääketieteen ja hoitotieteiden näkökulmasta, synnytyskipujen hoitomenetelmiä sekä naisten kokemuksia

synnytyskipuhoidon tehokkuudesta. Tässä vaiheessa pidän epäolennaisena esimerkiksi miesten kokemuksia synnytyksestä.

2) Lähdemateriaalin klusterointi eli ryhmittely. Pyrin vastaamaan tutkielman toiseen kysymykseen, joten pilkkoon tutkimuskysymyksen kolmeksi osaksi, jotka ovat: synnytyskipu, synnytyskivun lievitysmenetelmät ja kivunlievitysmenetelmien tehokkuus. Ryhmittelen lähdemateriaalin luokiksi edellä mainittujen kolmen osakysymyksen mukaan sekä nimeän luokan sisältöä kuvaavalla tavalla:

1. Synnytyskipu

2. Synnytyskivun lievitys

3. Tutkimustuloksia kivunlievityksen tehokkuudesta

3) Lähdemateriaalin abstrahointi eli tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon erottaminen ja tiivistäminen. Klusterointi eli ryhmittely on osa abstrahointia. Alaluvut 3.1, 3.2 ja 3.3 päättyvät yhteenvetoihin, joita käytän tulkintojen ja johtopäätösten muodostamisessa.

Lähdemateriaalin analysoinnissa nojaan feministiseen postmoderniin ajatteluun, jossa perinteisiä kategorioita ja dikotomioita ei oteta itsestäänselvyytenä, vaan ne problematisoidaan (Peterson 2004, 40). Pyrin problematisoimaan synnytyskipua sekä synnytyskivun lievitysmenetelmiä, joita Suomessa käytetään. Käytän postmoderni feminismin teoriaa apuvälineenä, joka mahdollistaa lähdemateriaalin tulkintojen tekemisen. Tutkimalla lähdemateriaalia synnytyskivuista pyrin tuottamaan tietoa naisten paikasta maailmassa, jossa valtasuhteet ovat aina läsnä. Se, että naiset joutuvat kärsimään erittäin voimakkaita ja sietämättömiä synnytyskipuja, tuottaa tärkeän tiedon siitä, millaiset yhteiskunnalliset, ja erityisesti naisten ja miesten väliset, valtasuhteet ovat.

3.1 Synnytyskipu

Jaana Oksala (2010) esittää hoitotyön alan tutkimuksessaan kivun yleisen määritelmän. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun näin: ”Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaan vaurioon tai jota kuvataan kudosaan vaurion käsittein”(IASP=International Association for Study of Pain1994). Hän

myös lisää, että kipu on sekä fysiologinen ilmiö että tunne- ja aistikokemus. Kipua voi aistia ja kokea, vaikka kudolvauriota ei olisikaan. (Oksala 2010, 7.)

Samassa tutkimuksessa ilmenee, että kipuaisti varoittaa vaarasta ja on ihmisille ja eläimille hengissä selviämisen ehto. Kivun ansiosta opimme jo lapsena, ettei teräviin ja polttaviin esineisiin kannata koskea. ”Kipu estää kävelemisen murtuneella jalalla ja pakottaa umpisuolen tulehduksesta kärsivän lääkäriin. Biologisena vamman ja sairauden viestinä kipu on siis hyödyllinen.” (Oksala 2010, 7.)

Oksala (2010, 8) osoittaa, että kipuja on luokiteltu monella eri tavalla, ja yksi niistä on kipu sen aiheuttajan mukaan: synnytyskipu, syöpäkipu, leikkauskipu ja niin edelleen. Jatkossa käsittelen synnytyskipua lääketieteen ja hoitotieteen näkökulmasta.

Sarvela ja Nuutila (2009, 1881) esittävät, että kipua on pitkään pidetty luonnollisena osana synnytystä. Kova kipu on katsottu länsimaisen kulttuurin tuotteeksi, sillä luonnonkansojen on oletettu synnyttävän kivutta. Kuitenkin tutkimusten mukaan suurin osa synnyttäjistä kokee kovaa tai sietämätöntä kipua kulttuurista riippumatta. Esimerkiksi Vallimies-Patomäen (1998, 23) sekä Haukkamaan ja Sariolan (2001, 317) tutkimuksissa ilmenee, että lähes kaikki synnyttäjät (95 %) pitävät synnytystä kivuliaana. Noin 20 % synnyttäjistä kokee sietämätöntä ja puolet synnyttäjistä erittäin kovaa kipua.

Anttonen ym. (1990, 4) väittävät, että usein puhutaan kipukynnyksestä, joka on joko matala tai korkea. Nykyisin esitetään myös, että kivun aistimiskynnys on aivan sama eri ihmisillä. Sen sijaan Oksala (2010, 7-8) esittää päinvastaisen väitteen siitä, että ”kipu on aina henkilökohtainen, se on sidoksissa yksilön kokemuksiin ja kulttuuriin ja eri ihmiset kokevat yhtä voimakkaan kivun eri tavoin.” Vallimies-Patomäki (1998, 23) selvittää, että synnytyskivun kokemiseen vaikuttavat supistusten kesto ja voimakkuus, kohdunsuun avautumisen vaihe, naisen ikä, sikiön koko, synnytysten määrä ja naisen yleistila.

Anttonen ym. (1990, 4) osoittavat, että ihmisten kokema kipu on yleisin syy hoitoon hakeutumiseen. Se liittyy normaaliin elimistön toimintaan kuten raskauteen, synnytykseen ja kuukautisiin liittyvät kivut. Kipua määritellään potilaan ilmaisemaksi kipukokemukseksi, josta hoitajan toiminta alkaa. Edellisestä huolimatta kipua aiheuttavia mekanismeja synnytyksen eri vaiheissa ei täysin tunneta (Vallimies-Patomäki 1998, 23).

Hoitotieteiden tutkija Vallimies-Patomäki (1998, 23), lääketieteen tutkijat Haukkamaa ja Sariola (2001, 317) sekä Sarvela ja Nuutila (2009, 1882) konkretisoivat synnytyskivun vaikutusta synnyttäjään. Jos synnyttäjä on pelokas ja kivulias, hän hengittää katkonaisesti, pidättää hengitystään ja lisäksi jännittää lihaksia turhaan. Kipu ja pelko voivat estää elimistön omien kipuhormonien vaikutusta ja aiheuttaa näin entistä suurempaa pelkoa ja kipua. Voimakas kipu voi heikentää kohdun supistuksia ja johtaa synnytyksen pitkittymiseen, istukkaverenkierron heikentymiseen ja sikiön hapenpuutteeseen. Terve äiti ja sikiö sietävät hyvin tällaista stressiä, mutta se voi olla haitallista sairaalle synnyttäjälle ja sikiölle. Tehokas kivunlievitys vähentää kivun haittavaikutuksia.

Luonnonmukaisen synnytyksen käytäntö tarjoaa kipuun toisenlaisen lähestymistavan. Luonnonmukaisen lähestymistavan edustajaksi valitsin kuopiolaisen gynekologin ja synnytysten lääkärin Aila Miettisen, joka kirjoittaa seuraavasti:

”Nainen toimii vaistonvaraisesti synnytyksen edistymistä edistävällä tavalla ja sopeuttaa käyttäytymisensä synnytyksen kulun mukaisesti. Kova kipu ja sen seurauksena endorfiinin tuotanto ovat synnytyksessä onnistuneet ohjaamaan synnyttäjää hyvään ja luovaan synnytystyöhön. Tällöin synnytys on tapahtunut omin voimavaroin ja ollut omassa hallinnassa, jolloin se on erittäin palkitseva ja voimaannuttava tapahtuma. Tämän lisäksi lapsi ja häiriötön ensikontakti saavat aikaan hurmosmaisen tyytyväisyyden, jossa kovakin synnytyskipu kalpenee. Muisto on hyvä eikä synnytys pelota.” (Miettinen 2009, 2167.)

Koska kipu kuuluu synnytykseen ja lopputulos on myönteinen, Miettinen pyrkii vaikuttamaan välivaiheeseen - synnytyskokemuksen laatuun - muuttamalla myös kipukokemusta myönteiseksi ja antamalla kivulle tärkeän merkityksen ja tehtävän, jonka kautta äiti saavuttaa luovuuden sekä

"hurmosmaisen tyytyväisyyden". Haukkamaan ja Sariolan (2001, 317) mukaan äitien kokema kipu on aina kovempaa kuin hoitohenkilökunnan arvioima. Siksi on olemassa vaara, että henkilökunta vähättelee kipua tai aliarvioi sitä. (Haukkamaa & Sariola 2001, 317), mikä voi selittää myös pyrkimyksen romantisoida kipua. Syynä siihen voi olla esimerkiksi se, että kivulle ja kärsimykselle on vaikeaa löytää oikeita sanoja. Tästä Marja-Liisa Honkasalo kirjoittaa seuraavasti: ”Kärsimys on sanojen alueen tuolla puolen. Kärsimys rikkoo kieltä ja kielenkäytön rajoja.” (Honkasalo 2008, 66-67.) Honkasalo yrittää määritellä kärsimyksen tai sitä, mitä kärsimys aiheuttaa ihmisille: "jotain, mitä voimme luonnehtia sietämättömyydeksi tai liiaksi kivuksi" (Honkasalo 2008, 74). Erityisen kiinnostukseni kohteena ovat sietämättömät sekä erittäin kovat synnytyskivut, joita kokee 70% synnyttäjistä. Honkasalo luonnehtii niitä kärsimykseksi.

Miettisen mukaan kivuttomaksi hoidettu synnytys on asiantuntijoiden hallinnassa ja valvonnassa, jolloin synnyttäjän on mahdoton tehdä synnytystyötä ja kokea luovuutta tai tilanteen hallintaa omin keinoin. Tapahtumasta tulee kaukainen ja pelottava. Tällainen synnytyskokemus luo epävarmuutta synnyttäjänä, äitinä ja kasvattajana, minkä lisäksi muisto synnytyksestä aiheuttaa epäonnistumisen tunteita. Vaikka synnytyksessä olisi jouduttu turvautumaan teknologiaankin, epäonnistumisen tunnetta ei synny, jos äiti on ensin saanut kokea synnytystyötä ja tehdä omat valintansa. Pehmeillä keinoilla, kuten veden käytöllä, on todettu olevan positiivisissa muistoissa merkittävä osuus. (Miettinen 2009, 2167.)

Tiivistetysti voi todeta, että lähdemateriaalin mukaan lähes kaikki synnyttäjät kokevat kipua. Vaikka kipu liittyy elimistön normaaliin toimintaan, synnytyskipu vaatii hoitoa. Lähdemateriaalin mukaan tällä hetkellä Suomessa vallitsee kaksi käsitystä synnytyskivun lievittämiseen: lääketieteellinen ja luonnonmukainen. Lääketieteellisessä lähestymistavassa kivulla on ainoastaan kielteisiä vaikutuksia sekä synnyttäjään että sikiöön. Kipu voi lamauttaa psyykkisesti sekä heikentää kohdun supistuksia ja johtaa synnytyksen pitkittymiseen, istukkaverenkierron heikentymiseen ja sikiön hapenpuutteeseen. Tässä lähestymistavassa kivun hoito on välttämätöntä.

Luonnonmukaisen lähestymistavan mukaan kivulle annetaan myönteinen merkitys, joka voi mielestäni johtaa pyrkimykseen romantisoida kipua. Tässä tapauksessa synnytys tapahtuu omin voimavaroin eikä farmakologiseen kivunlievitykseen tai lääketeknologiaan turvauduta. Tämä lähestymistapa ei ota huomioon synnytyskivun kielteisiä vaikutuksia.

3.2 Synnytyskivun lievitys

Anttosen ym. (1990, 6-7) mukaan synnytyskivun lievittämisen syyt ovat sekä lääketieteellisiä että väestöpoliittisia. Noin 30% äideistä ilmoittaa synnytyskivun aiheuttavan pelkoa uusia raskauksia ja synnytyksiä kohtaan. Tehokkaalla synnytyskipuhoidolla voidaan lisätä synnytyshalukkuutta. Synnytyskivun lievittämisen tavoitteena on synnyttäjän psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen. Kipu voi vaikuttaa negatiivisesti synnytyskokemuksen muotoutumiseen. Kivun hoidossa ei välttämättä pyritä sen täydelliseen poistamiseen vaan optimaaliseen kivun lievittämiseen.

Sarvela ja Nuutila (2009, 1881) painottavat, että kivun hoitoon on viime vuosikymmeninä panostettu ja on korostettu inhimillistä oikeutta kivun lievittämiseen. Silti oikeus synnytyskivun tehokkaaseen hoitoon edelleen kyseenalaistetaan. Synnytyskivun hoidossa tulisi heidän mukaansa pyrkiä yksilöllisyyteen. Puudutusta on mahdollista jatkaa läpi synnytyksen vaikuttamatta merkittävästi synnytyksen kulkuun. (Sarvela & Nuutila 2009, 1881.)

Syöpäkivun sekä akuutin kivun hoitoon on panostettu huomattavasti viimeisten vuosikymmenien aikana. Sen sijaan synnytyskivuista edelleenkin esitetään vähätteleviä lausuntoja, vaikka se voi olla hyvin traumaattinen kokemus. Asenteet kuitenkin ovat muuttuneet elintason noustessa. Esimerkiksi Suomessa moni nainen toivoo tehokasta kivunlievitystä. Kivunhoito (sekä epiduraali- että spinaalipuudutus) parantaa sikiön ja äidin hapensaantia. (Sarvela & Nuutila 2009, 1882.) Vielä kymmenen vuotta sitten Vallimies-Patomäen (1998, 25-26, 79) tutkimuksen mukaan Suomessa joka toinen synnyttäjä halusi etukäteen yrittää selvitä ilman kipulääkettä ja puudutusta ja vain harva halusi ensisijaisesti kipulääkettä. (Vallimies-Patomäki 1998, 25-26, 79).

Oksalan (2010, 12) tutkimuksessa kivun hoidosta ilmenee, että ihmisarvoisuus hoidon etiikassa merkitsee vaatimusta, ettei potilasta nöyryytetä pitkittämällä hänen kärsimyksiään. Ihmisarvon kunnioittaminen ja hyvän hoidon periaate säätelevät kivunhoitoa eettiseltä kannalta. Potilaan autonomian ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on moraalinen lähtökohta. On kuitenkin muistettava, ettei potilas jää kipunsa kanssa yksin ja koe tulleeensa hylätyksi. Uusimmissa tutkimuksissa on todettu, että terveydenhuollon voimavarojen suuntaaminen kivun hoitoon on hyödyn etiikan näkökulmasta perusteltua: kivun hoito on vaikuttavuudeltaan tehokasta ja taloudellisesikin järkevää, koska kipupotilaiden osuus potilaiden kokonaismäärästä on hyvin merkittävä. Moraalinen viesti on seuraava: kivun hoitoa ja lievitystä tulisi lisätä ja tehostaa ja hoito tulisi toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa hänen tahtoaan ja arvokkuutaan kunnioittaen.

Johanna Sarvela, Antti Aho, Pekka Halonen, Arvi Yli-Hankala, Kari Teramo ja Kari Korttila (2005 778) osoittavat, että synnytyskivun hoitokäytäntöjen ja hoitoresurssien on eroavuuksia huomattavasti jopa yliopistollisten sairaaloiden välillä. Synnytyskivun hoidolla on merkitystä synnyttäjien tyytyväisyyteen. Käytettävissä olevat resurssit vaikuttavat käytettyihin hoitomuotoihin. Synnytyskivun hoitoon panostamalla ja käyttämällä tehokkaita synnytyskivun hoitomenetelmiä voidaan suurimmalla osalla synnyttäjistä taata hyvä kivunhoito. (Sarvela ym. 2005, 778.)

Lääketieteen oppikirjan (Ylikorkala, O. & Kauppila, A. 2001 (toim.). *Naistentaudit ja synnytykset*) luvussa Normaali synnytys Haukkamaa ja Sariola (2001, 317) kirjoittavat, että kivunlievitystä on muistettava tarjota ja äidin sitä pyytäessä sitä on annettava. Kuitenkin he väittävät, että kivunlievitystä tarvitaan lähinnä avautumisvaiheen aikana. (Haukkamaa & Sariola 2001, 317.) Sen sijaan Sarvela ja Nuutila (2009) esittävät, että edellä mainittu väite ei kestä eettistä tarkastelua, vaan ponnistusvaiheessa on mahdollista käyttää puudutusta.

Perehtyminen suomalaiseen keskusteluun osoittaa, että tällä hetkellä käytetään neljää synnytyskivun lievitystapaa: ennaltaehkäisevä kivunlievitys (A), kivunlievitys ilman lääkkeitä (B), kivunlievitys lääkkeillä (C) sekä puudutukset (D).

A Ennaltaehkäisevä kivunlievitys

Anttonen ym. (1990) esittävät, että Suomessa käytetään ennaltaehkäisevää menetelmää, joka on peräisin Ranskasta. Sen mukaan synnytyskipu on osittain kulttuuriimme kuuluvaa eli osa kipuheijasteista on opittuja, ehdollisia ja synnyttäjää voidaan kouluttaa niistä pois. Keskeistä on oppia suhtautumaan ja hengittämään kutakin synnytysvaihetta ja supistustoimintaa vastaavasti. Menetelmä korostaa äidiksi tulemisen ja sen kokemisen ainutkertaisuutta. Syntyvän lapsen kannalta se on paras mahdollinen, koska siinä pyritään varmistamaan lapsen hyvä hapensaanti. (Anttonen ym. 1990, 8.) Lähdemateriaalissa tuodaan esiin myös, että kipua esiintyy kulttuurista riippumatta (Sarvela & Nuutila 2009, 1881). Samat tutkijat myös väittävät, että juuri kivunhoito (sekä epiduraali- että spinaalipuudutus) parantaa sikiön ja äidin hapensaantia (Sarvela & Nuutila 2009, 1882). Uudemmasta tiedosta huolimatta ennaltaehkäisevän metodin periaate on osa luonnonmukaista menetelmää, esimerkiksi Miettinen 2009 (ks. luku Synnytyskipu), joka edelleen on hyvin vaikutusvaltainen sekä lääkäreiden että synnyttävien naisten keskuudessa.

Luonnonmukaisessa menetelmässä synnytysvalmennuksen ”punaisena lankana” pidetään rentoutumista. Rentoutuminen vaatii suurta keskittymistä, jota edistää häiriötön ja rauhallinen ympäristö. Riittävän harjoittelun vaikutuksesta rentoutuminen automatisoituu. (Anttonen ym. 1990, 10.) Myös Haukkamaa ja Sariola (2001) puhuvat synnytysvalmennuksen puolesta. ”Pelko ja turvattomuuden tunne lisäävät synnyttäjän kokemaa kipua. Tämän vuoksi synnytysvalmennus ja kaikinainen tiedon jakaminen synnytykseen liittyvistä tapahtumista auttavat äitejä kestämään kipua.” (Haukkamaa & Sariola 2001, 317.) Siten synnytysvalmennuksessa synnyttäjää valmistetaan kestämään synnytyskipua, mikä on ennaltaehkäisevän menetelmän tavoite. Ennaltaehkäisevä menetelmä, joka edustaa luonnonmukaista synnytyskipun hoitomenetelmää ja jonka tavoitteena on synnytyskipun kestäminen, vaikuttaa mielestäni vanhettuneelta. Kivunkestokyky oli tärkeää kauan sitten, silloin kun naisilla ei ollut muuta vaihtoehtoa kuin kestää kipu. Nykyaikana on kuitenkin todistettu, että synnytyskipu ei ole hyväksi synnyttäjän psyykkiselle ja fyysiselle terveydelle. Voimakas synnytyskipu voi myös vähentää sikiön hapensaantia. (Vallimies-Patomäki 1998, 23; Haukkamaa & Sariola 2001, 317; Sarvela & Nuutila 2009, 1882.) Nämä syyt johtivat siihen, että

nykyään synnytyskipua voidaan hoitaa erilaisilla lääketieteellisillä hoitomenetelmillä.

B Kivunlievitys ilman lääkkeitä

Anttonen ym. (1990, 19) esittävät, että selinmakuuasento, maailman synnytysasunnoista harvinaisin, on epäfysiologinen ja synnyttäjälle epämukava. Siinä lasta on työnnettävä ylöspäin painovoimaa vastaan; myös repeämän vaara lisääntyy.

Pitkällään ollessa supistukset saattavat tuntua kivuliaammilta ja hankalammilta kuin pystyasennossa. Tämän vuoksi synnyttäjiä on ohjeiden mukaan rohkaistava nousemaan välillä istumaan tai kävelemään. Avautumisvaiheen aikana voi hyvin istua keinutuolissa tai kävellä, kunhan on ensin varmistettu, että sikiön pää on kiinnittynyt niin, että napanuoran esiinluiskahduksen vaara on minimoitu. Sikiön sykekäyrää voidaan seurata, vaikkei äiti olisikaan sängyssä. Eräs tapa helpottaa oloa on lämpimässä suihkussa tai vesialtaassa oleilu. Ponnistusvaiheessa normaalisynnyttäjä voi valita asennon varsin vapaasti ja olla kyljellään, nelinkontin tai seisten, istua jakkaralla tai olla tavanomaisesti puoli-istuvassa asennossa. (Haukkamaa & Sariola 2001, 320.) Anttonen ym (1990, 17) tuovat esille, että esteenä erilaisten asentojen käyttämiselle voivat olla huoneen ahtaus, hätätilanne, synnyttäjälle kiinnitetyt valvontalaitteet tai kättilöiden kiire.

Muista lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista Saarvelan ja Nuutilan (2009, 1883-1884) mukaan avautumisvaiheessa vain hypnoosilla ja akupunktuurilla näyttää olevan kipua lievittävää tehoa. Tämä on ristiriidassa Anttonen ym. (1990) sekä Haukkamaan ja Sariolan (2001) tutkimusten kanssa, jotka tarjoavat monta lääkkeetöntä menetelmää synnyttäjän olon helpottamiseksi.

C Kivunlievitys lääkkeillä

Haukkamaan ja Sariolan (2001, 317) mukaan lihakseen tai suoneen annettu lääkeaine vaikuttaa koko elimistöön ja kulkeutuu verenkierrossa istukan läpi sikiöön. Sikiön ja vastasyntyneen kyky

metaboloida lääkeaineita ei ole vielä kehittynyt. Synnytyksen alkuvaiheessa annetut lääkkeet ehtivät suureksi osaksi erittyä elimistöä äidin avulla.

Myös ilokaasun käyttö on turvallinen kivunlievitysmenetelmä. Heti supistuksen alkaessa synnyttäjää vetää keuhkoihinsa muutamana kerran kaasuseosta ja lopettaa supistuksen heikentyessä. Liiallinen ilokaasun saanti aiheuttaa tokkuraisuutta ja huonoa oloa. Ilokaasu helpottaa kohtalaisesti synnytyskipuja, mutta kaikki eivät pidä siitä. (Haukkamaa & Sariola 2001, 318.)

D Puudutukset

Sarvelan ym. (2005, 778) mukaan epiduraalipuudutuksen, joka on osoitettu olevan tehokkain kivunhoitomenetelmä, käyttö viime vuosina on jatkuvasti lisääntynyt. Valtakunnallisesti epiduraalipuudutusta käytettiin vuonna 1987 vain 8 %:ssa synnytyksistä, mutta vuonna 2003 jo lähes puolessa (45 %:ssa) synnytyksistä.

Myös Haukkamaa ja Sariola (2001) esittävät, että epiduraalipuudutus on ehdottomasti tehokkain kivunlievitysmenetelmä. Puudutuksen laittaa anestesia lääkäri. Epiduraalipuudutus laitetaan mieluiten synnytyksen ollessa varmasti käynnissä ja kohdunsuun alkaessa avautua. Epiduraalipuudutuksen käyttö vaatii sikiön sykekäyrän jatkuvaa rekisteröintiä sekä äidin voinnin, verenpaineen ja pulssin seuranta. Kerta-annoksen vaikutus kestää tavallisimmin kaksi tuntia, ja annos uusitaan yleensä pari kertaa synnytyksen sujumisen mukaan. Epiduraalipuudutusta käytetään eniten, noin 30-50 %:lle synnyttäjistä, suurissa synnytys sairaaloissa, joissa anestesiapäivystys on hyvin järjestetty. Suomessa puudutus pyritään ajoittamaan avautumisvaiheeseen niin, että ponnistusvaiheen alkaessa liiallinen puudutusvaikutus vähenee, ponnistustarve lisääntyy itsestään ja äiti pystyy aktiivisesti itse ponnistamaan. (Haukkamaa & Sariola 2001, 318-319.) Edellisen mukaan ponnistusvaiheen kipua ei hoideta. Sitä vastoin Sarvela ym (2009) esittävät, että puudutusta voi käyttää myös ponnistusvaiheessa: "Aikaisempi käytäntö, jonka mukaan analgesiaa ei annettu enää ponnistusvaiheessa, ei kestä eettistä tarkastelua. Harva synnyttäjät uskoivat ponnistuskäytönsä paranevan ponnistusvaiheen kivun lisääntyessä. Painontunne, joka puudutuksesta huolimatta

yleensä jää tuntumaan, saattaa olla hyödyllinen ponnistamista ohjaamassa." (Sarvela & Nuutila 2009, 1886-1887.)

Anttonen ym. (1990, 1) väittävät, että lääkkeillä on todettu olevan haittavaikutuksia sekä synnyttäjälle että syntyvälle lapselle. Täysin turvallista ja tehokasta keinoa ei toistaiseksi ole. Sarvela ja Nuutila (2009) avaavat toisenlaisen (uudemman?) näkökulman, jonka mukaan epiduraalipuudutuksen tavallisin haittavaikutus on verenpaineen lasku, joka on yleensä lievä ja vaaraton. Epiduraalipuudutus epäonnistuu n. 1,5-5%:ssa tapauksista ja 10-15%:ssa kivunlievitys jää puutteelliseksi. Noin 1%:iin synnytyksistä liittyy ohimeneviä, alaraajoissa esiintyviä neurologisia puutosoireita, jotka usein yhdistetään puudutuksiin. Kuitenkin suurin osa niistä johtuu muista syistä, mm. pitkittyneessä synnytyksessä siitä, että lapsen pää painaa perifeerisiä hermoja. Puudutuksiin liittyvät neurologiset komplikaatiot ovat hyvin harvinaisia. (Sarvela & Nuutila 2009, 1886-1887.)

Tiivistetysti voi todeta, että viime vuosikymmeninä on korostettu inhimillistä oikeutta synnytyskivun lievittämiseen. Silti oikeus synnytyskivun tehokkaaseen hoitoon edelleen kyseenalaistetaan. Lähdemateriaalissa ilmeni, että Suomessa tällä hetkellä käytetään neljä kivunlievitysmenetelmää.

A Ennaltaehkäisevä kivunlievitys tarkoittaa synnytysvalmennusta, jonka aikana harjoitellaan rentoutumista ja keskittymistä, mikä valmistaa synnyttäjää kestämään kipua.

B Kivunlievitys ilman lääkkeitä tarkoittaa sitä, että synnyttäjä voi vaihtaa asentoja, kävellä tai istua, käydä vesialtaassa tai suihkussa. Tutkimuksissa myös ilmenee, että vain hypnoosilla ja akupunktuurilla on merkittävä vaikutus kivunlievittämiseen lääkettäkösti.

C Kivunlievitys lääkkeillä tapahtuu lihakseen tai suoneen annettuun lääkeaineen kautta, joka vaikuttaa myös sikiöön, mutta hyvin erittyy äidin avulla. Myös ilokasu on turvallinen kivunlievitysaine.

D Puudutukset. Epiduraalipuudutus on tehokkain kivunlievitysmenetelmä, jonka käyttö viime vuosina on lisääntynyt. Tutkijat ovat kuitenkin erimielisiä siinä, ovatko puudutukset turvallisia vai eivät. Yhden näkökulman mukaan puudutuksilla on aina haittavaikutuksia sekä synnyttäjään että sikiöön. Toinen näkökulma tuo esille, että epiduraalipuudutukset ovat turvallisia ja niiden tavallisin

hattavaikutus on verenpaineen lasku, joka on yleensä vaaraton. Tutkijat myös esittävät, että puudutusta voi antaa vain avautumisvaiheessa, mutta ei ponnistusvaiheessa. Vastakkaisen lähestymistavan mukaan edellä mainittu väite ei kestä eettistä tarkastelua ja puudutusta on turvallista antaa myös ponnistusvaiheessa.

3.3 Kivunlievityksen tehokkuus

Sarvela ja Nuutila (2009, 1881) esittävät, että osa synnyttäjistä kokee kivun tärkeäksi synnytykseen kuuluvaksi osaksi, kun taas osa ei näe mitään arvoa kivun kokemisessa. Haukkamaa ja Sariola (2001, 320) väittävät, että synnytyksen nykyisissä hoitolinjoissa otetaan yhä enemmän huomioon äidin toivomuksia, ja synnytyksen lääketieteellinen turvallisuus voidaan yleensä sovittaa yhteen näiden toiveiden kanssa. Mutta joka tapauksessa, kuten Sarvela ym. (2005) osoittavat, synnytyskivun tehokas lievitys on synnyttäjän oikeus ja osa hyvää hoitoa (Sarvela ym. 2005, 775).

Vallimies-Patomäki (1998, 25-26, 79) osoittaa, että suomalaisten tutkimusten mukaan naiset synnyttivät ilman kivunlievitystä hieman useammin kuin ulkolaiset, mikä johtuu naisten luottamuksesta synnytyksen hallintaan. Lähes joka toinen nainen halusi etukäteen yrittää selvitä ilman kipulääkettä ja puudutusta. Vain harva halusi ensisijaisesti kipulääkettä. Suurin osa halusi kokeilla liikkumista, hieromista tai suihkua vaihtoehtona farmakologiselle kivunlievitykselle. Noin joka toinen synnyttäjä Vallimies-Patomäen (1998) tutkimuksessa koki hieromisen, liikkumisen sekä suihkun auttaneen paljon. Puudutuksesta oli apua enemmän kuin kipulääkkeistä. ”Tyytyväisimpiä kivunlievitykseen olivat epiduraalipuudutuksen saaneet, sekä naiset, jotka eivät tarvinneet kivunlievitystä lainkaan”. (Vallimies-Patomäki 1998, 25-26, 79.)

Anttosen ym. (1990) tutkimuksen tuloksessa on ristiriita aiempien tutkimusten perusteella. Aiemmin on todettu, että rentoutumisen hallinnalla on suuri merkitys kipujen lievittymiseen, mutta kysyisen tutkimuksen mukaan apua rentoutumisesta synnyttäjille oli vain vähän. Anttosen ym.

(1990) mukaan syynä tähän on luultavasti rentoutumisen harjoittelun vähäisyys tai synnytyssalissa annetun ohjauksen vähäisyys. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että suihkuttelusta oli paljon apua, mutta vain kaksi synnyttäjää oli saanut mahdollisuuden kokeilla suihkuttelua. Liikkumisesta vain puolet sai helpotusta. Hieronta koettiin helpottavana keinona, vaikka kätilöt käyttävätkin tätä keinoja harvoin. Kyselytutkimuksen tulosten perusteella voidaan myös todeta, että kätilön läsnäololla on kipuja lievittävä vaikutus, mikä lisää myös synnyttäjän turvallisuudentunnetta. (Anttonen ym. 1990, 13, 40-41.)

Sarvelan ym. (2005) tutkimuksessa selvitettiin synnyttäjien kipukokemuksia ja tyytyväisyyttä synnytyskipun hoitoon Tampereen (Tays) ja Helsingin (Hys) yliopistollisissa sairaaloissa, joiden synnytyskipun hoitokäytännöt ovat perinteisesti poikenneet toisistaan (Sarvela ym. 2005, 775).

Sarvelan ym. (2005) tutkimuksen mukaan Taysissa käytettiin huomattavasti useammin ei-farmakologista kivunhoitoa. Hyksissä puolestaan käytettiin selvästi useammin epiduraalipuudutusta kuin Taysissa. Molempien sairaaloiden synnyttäjistä yhteensä 80% koki avautumisvaiheessa ja 67% ponnistusvaiheessa kovaa tai sietämätöntä kipua. Hyksissä kovaa ja sietämätöntä kipua koettiin harvemmin synnytyksen molemmissa vaiheissa kuin Taysissa. Parhaimman annetun kivunhoidon jälkeen kivun koki kovaksi tai sietämättömäksi joka kymmenes Hyksissä ja joka neljäs Taysissa. Kun synnyttäjiltä tiedusteltiin kivunhoidon riittävyttä synnytyksessä, ilmoitti 85% Hyksin synnyttäjistä sen kokonaisuutena olleen riittävä, kun Taysissa vastaava luku oli 59%. Hyksin synnyttäjät pitivät kivunhoitoa merkitsevästi useammin riittävänä kuin Taysin synnyttäjät kivunhoitomenetelmästä riippumatta. (Sarvela ym. 2005, 777-778.)

Sarvela ym. (2005) esittävät, että Taysissa tyytyväisyys paraservikaalipuudutukseen⁷ oli alhaisempi kuin epiduraalipuudutukseen, mikä selittää suurimman osan tyytyväisyyseroista sairaaloiden välillä. Pienehkö joukko Hyksin synnyttäjistä, jotka saivat ainoastaan lihaksensisäistä kipulääkitystä, oli selvästi tyytyväisempää saamaansa hoitoon kuin vastaavan hoidon saaneet Taysin synnyttäjät. Tämä saattaa johtua siitä, että Hyksissä kivunhoito jakautui synnyttäjille paremmin heidän tarpeitaan

⁷ Kohdunsuun paikallispuudutus, jota käytetään synnytyksen alkuvaiheessa.

vastaavasti. (Sarvela ym. 2005, 778.)

Sarvelan ym. (2005) tutkimuksessa suuri osa potilaista sai useita eri kivunlievitysmuotoja. Taysissa ei-farmakologista kivunhoitoa saaneiden määrä oli suuri, 208 synnyttäjää (14%). Heistä yksinomaan tätä hoitoa sai vain 12 synnyttäjää, mikä kertoo näiden hoitojen vähäisestä tehosta. (Sarvela ym. 2005, 779.) Sarvelan ym. (2005) tutkimustulosten mukaan epiduraalipuudutuksen käyttökään ei takaa täydellistä kivunlievitystä kaikille synnyttäjille. Taysissa 31% ja Hyksissä 13% epiduraalipuudutuksen saaneista koki hoidon riittämättömäksi, mikä saattaa johtua liian pienestä lääkemäärästä suhteessa synnytyksen vaiheeseen, lisäännosten lisäämisestä ja epiduraalipuudutuksen teknisestä epäonnistumisesta. Jos synnytyksen aikana annetaan vain yksi puuduteannos ja se tapahtuu yli tuntia ennen ponnistusvaihetta, ponnistusvaiheen tehokas kivun lievytys on epätodennäköinen. Taysissa synnyttäjien saama puuduteopioidiseos oli kipua poistavalta teholtaan 40-60% Hyksissä käytetystä annoksesta. Tämä ero lienee yksi syy vähäisempään potilastyytyväisyyteen Taysin synnyttäjillä. (Sarvela ym. 2005, 778.)

Sarvelan ym. (2005, 780) tutkimustulosten mukaan suurempi osa Hyksin synnyttäjistä sai parasta käytettävissä olevaa kivunhoitoa sekä Hyksissä hoidot toteutuivat tehokkaammin kuin Taysissa. ”Kivunhoito oli Hyksissä selvästi paremmin resursoitua sekä virka- että päivystysaikana, mikä tarkoittaa, että alueellinen tasa-arvo synnytyskivunlievityksessä ei toteutunut vuosina 2000-2001.” (Mt.)

Sarvela ym. (2005) väittävät, että myös henkilökunnan asennemuutos tehokasta kivunlievitystä suosivaksi on vaikuttanut tähän kehitykseen, jolle luo pohjan riittävä ympärivuorokautinen anestesia- ja lääkepalvelun saatavuus (Sarvela ym. 2005, 778). Oksala (2010, 10) avaa samanlaisen näkökulman ja esittää, että yksi syy, miksi kivun hoito epäonnistuu, johtuu terveydenhuollon ammattihenkilöiden asennoitumisesta. Tietoa hyvästä kivunhoidosta on hyvin tarjolla. Kuitenkin välinpitämätön ja vähättelevä asennoituminen kivun hoitoon ja puutteet sairaalan henkilöstön ja muissa voimavaroissa ovat omiaan estämään kivun hoitotyön onnistumista. Edelleen Sarvelan ym. (2005) tutkimuksen mukaan synnytyskivun hoidolla on merkitystä synnyttäjien tyytyväisyyteen.

Käyttämällä tehokkaita synnytyskivun hoitomenetelmiä voidaan suurimmalle osalle synnyttäjistä taata hyvä kivunhoito. (Sarvela ym. 2005, 778.)

Tiivistäen haluan todeta, että synnyttäjät kokevat ei-lääketieteellisten kivunlievityksen menetelmien (rentoutuminen, vesihoito, hieronta, liikkuminen ym.) helpottavan synnytyskipuja. Mutta edellä mainittuja menetelmiä ei ole aina mahdollista käyttää, mikä voi johtua esimerkiksi rentoutumisen harjoittelun tai synnytyssalissa annetun ohjauksen vähäisyydestä tai siitä, että kätilöt käyttävät hierontaa synnytyksissä vain harvoin. Tutkimuksissa, joita lähdemateriaalini tutkimukset ja artikkelit käsittelevät, on myös todettu, että ei-lääketieteelliset menetelmät eivät ole yhtä tehokkaita kuin lääketieteelliset.

Tehokkain lääketieteellinen kivunlievitysmenetelmä on epiduraalipuudutus. Tästä huolimatta epiduraalin käyttö ei takaa aina kivunlievitystä, mikä johtuu lääkeannoksen vähäisestä määrästä tai teknisestä epäonnistumisesta. Sairaaloiden väliset resursoinnin erot selittävät synnyttäjien kivunlievittämiseen tyytyväisyyden eroja. Ei-farmakologisia keinoja priorisoivan sairaalan synnyttäjillä tyytyväisyys hoitoon on matalampi kuin tehokkaasti lääketieteellisiä kivunlievitysmenetelmiä käytettävän sairaalan potilailla.

3.4 Lähdemateriaalin analyysi ja feministiset näkemykset

Luvun päätteeksi pohdin, kuinka lähdemateriaalin analyysi kytkeytyy feministiseen ajatteluun. Edellä ilmeni, että Suomessa on vallinnut kaksi käsitystä synnytyskivun lievittämisestä: luonnonmukainen ja lääketieteellinen. Myös synnytykset luokitellaan saman periaatteen mukaan. Feminismin klassikoista Adrienne Rich (1995) ja Emily Martin (1989) korostavat luonnonmukaisen synnytyksen puolia, mutta Simone de Beauvoir (2009) ja Shulamith Firestone (1979) suosittelevat lääketeknologian käyttöä synnytyksissä. Samalla tavalla lääkärit ovat suomalaisessa keskustelussa jakautuneet puolustamaan joko luonnonmukaista tai lääketieteellistä lähestymistapaa synnytyksiin.

Esimerkiksi Aila Miettinen (2009) suosittelee luonnonmukaisia synnytyksiä, kun Johanna Sarvela ym. (2005 ja 2009) esittävät puolestaan tutkimustuloksia lääketieteellisen lähestymistavan paremmuudesta.

Luonnonmukaisuudesta vakuuttuneet feministit väittävät, että lääkärivallan alistavasta kontrollista vapautuminen voi tapahtua luonnonmukaisen synnytyksen kautta. Myös tämän tutkimuksen lääkärit esittävät, että synnytysten medikalisointi ei ole hyväksi naisille, joten synnytyksissä ei pitäisi turvautua lääkkeiden ja puudutusten käyttöön. Esitellyistä tutkimuksista ilmenee, että lääketieteellinen kivunhoito voi olla haitallista äidille ja sikiölle. Myös molemmat, sekä lääkärit että feministit, näkevät kivun kuuluvan synnytykseen, minkä vuoksi luonnonmukaisessa lähestymistavassa kivulle annetaan tärkeä merkitys tai synnytyskipusta puhutaan vain harvoin. Esimerkiksi Martinin tutkimuksesta vaikeat kiputapaukset puuttuvat lähes kokonaan. Rich taas keskittyy synnytyskipukeskustelussa siihen, kuinka synnytyskipu liittyy uskonnollisiin ja patriarkaattisiin aatteisiin, joista synnytyskipun merkitys on osittain peräisin. Suomalainen lääkäri Miettinen puolestaan näkee synnytyskipussa voimaannuttavia ja synnytystä ohjaavia ominaisuuksia.

Luonnollisen synnytyksen puolestapuhujana on tunnettu brittiläinen synnytyslääkäri Grantly Dick-Read, josta Adrienne Rich (1995) kirjoittaa teoksessaan. 1940-luvulla Dick-Read valmisti naisia synnytykseen opettamalla heille oikeita hengitys- ja rentoutumisteknikoita sekä synnytyksen vaiheita. Hän väitti, että anestesian synnytyksessä on oltava saatettavissa, mutta sitä ei saisi käyttää rutiininomaisesti tai vastentahtoisesti. Dick-Readin asenne naisiin oli Richin mielestä patriarkaattinen; miessynnytyslääkäri on synnytysprosessin hallitsija. Dick-Readille synnytys oli naisten kokemuksen huippu: Poista pelko ja lisää hurmiota ja lapsen syntymästä voi tulla 'luonnollinen', joka on käytännössä kivuton. (Rich 1995, 171-172.) Dick-Readille synnytysprosessi on luonnollinen ekstaasi ("ecstatic") (mt. 172). Tässä yhteydessä en voi olla mainitsematta, kuinka lääkäri Aila Miettinen (2009), lähes seitsemän vuosikymmentä Dick-Readin jälkeen juuri samalla sanalla ilmaisee luonnonmukaisen synnytyksen etuja: nainen saa "hurmosmaisen tyytyväisyyden".

Lääkäri Aila Miettinen näkee ihanteellisena, että synnyttävä nainen voi hallita tilanteen omin keinoin, ilman lääkkeitä tai teknologiaa, koska muuten tapahtumasta voi tulla "kaukainen, outo ja

pelottava. Tällainen kokemus on omiaan luomaan epävarmuutta synnyttäjänä, äitinä ja kasvattajana.” Kuitenkin Vallimies-Patomäen (1998, 23), Haukkamaa & Sariolan (2001, 317) sekä Sarvela & Nuutilan (2009, 1882) tutkimuksissa ilmeni, että synnytyskipu voi olla haitallista sekä psyykkiselle että fyysiselle terveydelle.

Luonnonmukaisessa lähestymistavassa synnytyskipu nähdään ennalta annettuna, joten sitä ei kyseenalaisteta tai problematisoida. Mutta silloin kun asioita käsitellään luonnollisina ja ennalta annettuina, niitä usein myös vähätellään. Mielestäni näin tapahtuu myös luonnollisen synnytyksen lähestymistavassa – kipua pidetään synnytyksen luonnollisena osana, minkä vuoksi ajatellaan, että tehokasta hoitoa siihen ei tarvita. Siksi kivun hoidon tavoitteena on kivun kestäminen helpottaminen esimerkiksi rentoutumisen avulla. Joillekin tästä voi olla jopa hyötyä synnytykseen 'soveliaiden' käytösasenteiden kehittämisessä (kuten naiselle, joka tuskissaan ei huutanut kertaakaan synnytyksen aikana). Miehen läsnäolo saa naisen tuntemaan itsensä vähemmän yksinäiseksi. Todellisuus kuitenkin muistuttaa, että synnytys on silti välttämätön ja sitä on pakko kestää. ”Tässä ei ole mitään hauskaa.” (Firestone 1979, 189.)

Synnytys on kivulias, ja lähtökohtani on, ettei kivulias synnytys ole hyväksi naisille. Kolme tuhatta vuotta sitten, jatkaa Firestone, silloin kun naiset synnyttivät 'luonnollisesti', heidän ei tarvinnut teeskennellä, että raskaus on jokin mystinen tapahtuma. Glamour siihen aikaan oli tarpeetonta: naisilla ei ollut muuta vaihtoehtoa. Mutta ainakin he ovat voineet huutaa tuskissaan niin paljon kuin halusivat. Tämän jälkeen heitä on ihailtu rohkeutensa vuoksi. (Mt. 189.)

Firestonen mukaan synnytyksen glamour ja mystisyys ovat tulleet kuvioihin paljon myöhemmin, silloin kun kärsimyksiä ei enää voinut puolustaa vaihtoehdottomuudella. Vaikka lääketieteellä on ollut merkittävä rooli synnytysten järjestäjänä, silti luonnonmukaisen synnytyksen kultti edelleen tuntuu esiintyvän vahvana myös lääketieteen alueella. Jos de Beauvoir väittää, että synnyttäjän asema riippuu yhteiskunnan taloudellisesta tilanteesta, niin Firestonen tekstin perusteella voi lisätä, että myös ideologialla on ollut vaikutusta asiaan. Pitkälle kehittynyt yhteiskunta voi toimia sekä naisten puolella että heitä vastaan.

Lähdemateriaalissa myös ilmenee, että luonnolliset synnytyksen kivunhoitomenetelmät eivät ole yhtä tehokkaita kuin lääketieteelliset. Näin on luultavasti siksi, että niiden tavoitteena on kivun kestäminen eikä kivun poisto. Esimerkiksi Haukkamaan ja Sariolan (2001) mukaan ”synnytysvalmennus ja kaikkinaisen tiedon jakaminen synnytykseen liittyvistä tapahtumista auttavat äitejä kestämään kipua” (Haukkamaa & Sariola 2001, 317).

Feministikirjoittajat Firestone ja de Beauvoir avaavat erilaisen näkökulman. De Beauvoir esittää, että luonto riuduttaa naisia, sillä synnytys on kivulias ja terveydelle vaarallinen sattuma. Siinä, missä luonto toimii naisia vastaan, yhteiskunta pystyy toimimaan naisten puolella, ja sen tehtävänä on organisoida synnytyksiä naisten hyväksi lääketiedettä käyttäen. Firestone puolestaan väittää, että kauan sitten naisten oli pakko sietää synnytyskipuja, sillä muuta vaihtoehtoa heillä ei ollut. Mutta lääketieteen huiman kehityksen pitäisi johtaa siihen, että naisten ei enää tarvitse kärsiä synnytyksissä. Firestone vahva usko reproduktioteknologiaan johti siihen johtopäätökseen, että tulevaisuudessa luonnollisesta synnytyksestä tulee valinta-asia (naiset saisivat vapaasti valita, synnyttävätkö he itse vai suorittavatko koneet synnytyksen alusta loppuun, sillä keinokohdut olisivat yleisessä käytössä). Huolimatta siitä, että muutoksia parempaan on tapahtunut synnyttävien naisten asemassa, silti sekä de Beauvoir että Firestone aliarvioivat yhteiskunnan vahvaa androsentrasta ajattelutapaa, minkä johdosta luonnonmukaisen synnytyksen kultti elää vieläkin. Reproduktioteknologian huimakaan kehitys ei ole pystynyt ulottumaan siihen, että synnytyksestä naisille tulisi oikeasti valinnan asia, kuten Firestone haaveili.

Lähdemateriaali viittaa siihen, että naiset joutuvat vieläkin kärsimään synnytyksissä, mikä ei ole lääketieteen tai synnytysteknologioiden syytä, vaan kärsimys liittyy sukupuolistuneisiin valtasuhteisiin. Kuten Emily Martin (1989) on kirjoittanut, naisten voidaan nähdä kärsivän mentaalisesti ja fyysisesti ainoastaan siksi, ettei naisten hyvinvointiin panostettu riittävästi yhteiskunnassa (Martin 1989, 123). Myös Donna Haraway kytkee edellä mainitun ilmiön kysymykseen vallasta. De Beauvoirin ja Firestone visiot naisten vaikean synnyttäjäkohtalon helpottamisesta eivät toteutuneet täydellisesti lääketieteen ja reproduktioteknologioiden

kehityksestä huolimatta. Donna Haraway (2004) on todennut, että tiede ja teknologia tarjoavat uusia vallan lähteitä (Haraway 2004, 25). Epiduraalin riittämätöntä annostusta voidaan pitää juuri tällaisena uudenlaisena vallan käyttönä. Asiat yhteiskunnassa on organisoitu niin, että naiset joutuvat kärsimään synnytyksissä, mikä ei suinkaan ole teknologian tai lääketieteen, vaan politiikan syytä.

Mielestäni Martinin tutkimuksen haastateltava Nancy Jankowskin tapaus kuvailee hyvin vaihtoehdottomuutta, jota joutuvat kokemaan lähes kaikki synnyttävät naiset. Ensimmäisen lapsen jälkeen (keisarileikkaus) Jankowski päätti synnyttää toisen lapsen kotona. Synnytys oli vaikea ja pitkä: monta tuntia kivuliaita ponnistuksia. Synnytys otti oman aikansa, ja vaikka se oli vaikea, ilmapiiri oli kuin juhlassa, jossa oli synnyttäjän lisäksi ystäviä ja kättilö. Haastateltava tiivistä kokemuksen sanomalla: ”Tunsin itseni kokonaiseksi”. (Martin, 1989, 164-165.)

Edellä mainittu tapaus sai minut miettimään, miksi naiset joutuvat tällaisen valinnan eteen: kulkemista yhdestä kivusta (keisarileikkaus) toiseen (pitkä ja kivulias synnytys) ja yhdestä kärsimyksestä toiseen? Ehkä jotkut naiset valitsevat mieluummin kivuliaan ja vaikean synnytyksen kotona, koska epäluottamus alistavaan järjestelmään on liian suuri. Martinin keskeinen sanoma mielestäni on se, että naisia syrjitään joka tapauksessa, olipa lääketieteellisiä keinoja naisten hyväksi keksitty tai ei. Naiset joutuvat kärsimään aina, sillä heidän ulottuvilla on ainoastaan kivuliaita ja vaikeita vaihtoehtoja, olipa kyseessä koti- tai sairaalasyntyminen. Naisilla ei ole parempia vaihtoehtoja synnytyksen järjestämiselle siitä huolimatta, että lääketieteessä ja reproduktioteknologioissa merkittävää kehitystä ja mullistavia muutoksia tapahtuu jatkuvasti.

4 YHTEENVETO JA POHDINTA

4.1 Yhteenveto

Tutkielmassa tarkastelin synnytyskipua feministisen tiedon, lääketieteen sekä hoitotieteiden näkökulmasta sekä pyrin kyseenalaistamaan synnytyskipun luonnollisuutta.

Tutkimuksen ensimmäinen kysymys oli seuraava:

❖ Miten feministisessä tutkimuksessa tarkastellaan synnytyskipuja?

Synnytyskipu on faktoihin ja havaintoihin perustuva tosiasia, jota aina ei kyseenalaisteta ja usein sitä pidetään synnytyksen luonnollisena osana. Käyttämäni feministisen tiedon mukaan (Beauvoir, Firestone ja Rich) synnytyskipun luonnollistamisen juuret löytyvät uskonnollisessa ja patriarkaattisessa ajattelutavassa. Feministisen tutkimuskirjallisuuden analyysi viittaa siihen, että lääketiede nojautui pitkään uskonnolliseen ja patriarkaattiseen ajatteluun, jonka mukaan biologia on ollut perusteena naisten toiseudelle, mitä puolestaan pidettiin luonnon lakina. Sen mukaisesti naisten täytyy passiivisesti kärsiä synnytyksissä turvautumatta lääketieteelliseen apuun. Vaikka naisten hedelmällisyyttä arvostetaan, silti naisen toiseus määrittää sen, että yhteiskunnallisesti tärkeässä synnyttäjän tehtävässä nainen joutuu kärsimään. Historiallisen katsauksen mukaan lääketieteen ammattilaiset ovat olleet pitkään haluttomia edistää naisten terveyttä, erityisesti synnytysten alueella.

Synnyttäjät tarvitsevat lääketieteen ammattilaisten apua. Se johtuu siitä, että raskausaikana ilmenee anemiaa sekä synnytyksen aikana voi tapahtua komplikaatioita. Synnytys voi olla kivulias ja vaarallinen. Lapsi tai äiti voi kuolla tai synnytys voi aiheuttaa erilaisia sairauksia. Tutkimus osoittaa, että silti biologia yksin ei määrää naisen paikkaa maailmassa, vaan pikemminkin biologian lait ovat yhteiskunnallisten olosuhteiden vaikutuksen alaisia. Siinä, missä luonto toimii naisia vastaan, yhteiskunta ja erityisesti lääketiede pystyvät toimimaan naisten hyväksi.

Feministisen historiallisen katsauksen perusteella voidaan todeta, että synnyttävien naisten asema on kohentunut. Se ei ole tapahtunut itsestään, vaan se on pitkälti lääketieteen ja muuttuneiden yhteiskunnallisten olosuhteiden ansiota. Synnyttävälle naiselle lääketieteen asiantuntijoiden ammattitaito on ensisijaisen tärkeää, koska raskaus ja synnytys voivat olla suuri riski terveydelle. Johtopäätökseni on, että lääketieteelliset menetelmät eivät saisi luonnollistaa naisen biologista kohtaloa esimerkiksi vähättelemällä synnytyskipuja ja uskottelemalla sietämättömien kipujen kuuluvan synnytykseen. Lääketieteen ja lääketeknologioiden huimasta kehityksestä huolimatta luonnonmukaisen synnytyksen kultti elää vieläkin. Siitä huolimatta, että synnytys voi olla hengenvaarallista sekä äidille että sikiölle, juuri synnytyskipua suuresti luonnollistetaan ja tutkimusten mukaan suositellaan jopa kotisynnytyksiä (esimerkiksi Martin (1989) tässä tutkimuksessa).

Luonnonmukaisessa lähestymistavassa synnytyskipu nähdään ennalta annettuna, joten sitä ei kyseenalaisteta tai problematisoida. Mutta silloin kun asioita käsitellään luonnollisina ja ennalta annettuina, niitä usein myös vähätellään. Mielestäni näin tapahtuu myös luonnollisen synnytyksen lähestymistavassa – kipua pidetään synnytyksen luonnollisena osana, minkä vuoksi ajatellaan, että tehokasta hoitoa siihen ei tarvita, joten kivun hoidon tavoitteena on kivun kestämisen helpottaminen esimerkiksi rentoutumisen avulla.

Toin keskustelussa esiin, että kaikki feministit eivät näe de Beauvoirin ja Firestonen tavoin lääketieteen kehityksen merkitystä naisten kannalta yhtä myönteisessä valossa. Tässä tutkimuksessa Rich ja Martin kannattavat synnyttävän naisen valintamahdollisuuksia ja korostavat luonnonmukaisuuden paremmuutta. Heidän mielestään lääketiede ja lääketeknologia kuvastavat niin vahvasti miesten ylivaltaa, että he eivät pysty näkemään lääketeknologiassa mitään hyötyä naisille. Tämä johtaa heillä kyvyttömyyteen nähdä, että naisten 'luonnollinen' tehtävä kuten myös luonnonmukaisen synnytyksen ihannoiti voivat ilmentää myös patriarkaattisia arvoja. Molempien teoksissa synnyttävien naisten ja lääketieteen ammattilaisten välinen suhde ilmenee toistensa kanssa vastakkaisina. Sekä Rich että Martin pyrkivät parantamaan naisten asemaa, mutta vastakkainasettelu maskuliiniseen lääketieteen ja alistettujen naisten välillä ei osoittaudu hedelmälliseksi.

Sekä Richin että Martinin tutkimus jossain määrin rohkaisevat naisia toimimaan toisin. Mutta mielestäni toisin toimisen mahdollisuus pitäisi ulottaa moneen synnytysvaihtoehtoon, jossa voi käyttää lääketieteellistä teknologiaa yhtä hyvin kuin olla käyttämättä ja jonka voi suorittaa kokonaan itse tai turvautua ammattilaisten apuun. Mielestäni molempien tutkijoiden jyrkkä kannanotto synnytyslääketiedettä vastaan ei voi toimia nykymaailmassa. Martin kritisoi tutkimuksessa tuotantoajattelua eli sitä että yhdysvaltalaisessa kulttuurissa nainen liitetään koneeseen, jota käytetään kerta toisensa jälkeen tarkoituksena tuottaa lapsi. Martin ei huomaa, että suosittelemalla kotisynnytyksiä hän itsekkin sortuu ajattelemaan, että kaikki äidit (ja myös kaikki sikiöt) ovat luotuja samanlaisiksi ja he myös toimivat saman kaavan mukaan.

Richin ja Martinin katsaus synnyttävien naisten aseman kehityksestä on hyvin kriittinen, mutta mielestäni se ei ole tarpeeksi rakentavaa. Sekä alistettujen että etuoikeutettujen tietoa täytyy huolellisesti tutkia, koska vain mahdollisimman laaja tieto kaikista yhteiskuntaryhmistä voi johtaa oikeudenmukaisuuteen, ja myös vallanpitäjät ovat vallitsevan järjestelmän uhreja. Rich antaa varsin yksiulotteisen kuvan todellisuudesta ja asettaa mieslääkäreitä ja naiskätilöitä vastakkain. Analysoimani tutkimustekstit kuitenkin osoittavat, että synnytyskivun lievittämisen kannalta kätilöiden käyttämät menetelmät ovat harvoin tarpeeksi tehokkaita.

Myöskään Beauvoirin ja Firestonen visiot siitä, että lääketeknologioiden kehitys johtaa synnytyskärsimysten loppumiseen, eivät ole toteutuneet. Mielestäni molemmat aliarvioivat yhteiskunnan vahvaa androsentrisestä ajattelutapaa, minkä johdosta naisten hyväksi parhaita synnytyskivun hoitomenetelmiä käytetään väärin tai niitä ei käytetä lainkaan.

Reproduktioteknologioista on ollut paljon hyötyä naisille. Reprodutioteknologioiden käyttö on vaikuttanut muun muassa raskauksien vähentymiseen niin, että naiset eivät ole enää yhtä suurissa määrin kuin ennen biologisen kohtalon uhreja. Mutta reproduktioteknologioista on ollut haittaakin. Teknologioiden käyttö vaikuttaa myös eriarvoistavasti lokeroimalla naiset ja sikiöt ”hyviin” ja ”huonoihin” sekä antamalla paremmassa asemassa oleville naisille enemmän erilaisia tilaisuuksia

reproduktiomahdollisuuksiin.

Ongelma ei ole kuitenkaan teknologioissa tai lääketieteessä, vaan siinä kuka, miten ja kenen hyväksi erilaisia menetelmiä käyttää. Kysymys on poliittinen, minkä johdosta naiset eivät pääse itse ratkaisemaan synnytyskysymyksiä parhaalla katsomallaan tavalla, vaikka resursseja, tietoa ja teknologioita kehitetään. Teknologiat eivät sinänsä määritä ihmisiä eriarvoiseen asemaan. Sitä paitsi reproduktioteknologioita ei ole ollut aina olemassa, mutta synnyttäjänäisten asema on ollut heikko aina. Reproduktioteknologian käytön epäeettisyyden juuret ovat kaukana historiassa.

Toinen tutkimuskysymys oli seuraava:

- ❖ Kuinka tutkielman lähdemateriaalissa, joka tässä tutkimuksessa edustaa suomalaista synnytyslääke- ja hoitotiedettä, käsitellään synnytyskiput ja miten synnytyskipujen lievityksen tehokkuudesta kiistellään?

Vastatakseni edellä mainittuun kysymykseen tarkastelen, minkälaisia käsityksiä synnytyskipusta, kivunlievitysmenetelmistä sekä kokemuksia kivunlievityksestä esitetään lääketieteellisissä ja hoitotieteellisissä tutkimuksissa ja artikkeleissa 1990- ja 2000-luvulla Suomessa. Lähdemateriaaliksi olen valinnut tutkimuksia ja artikkeleita, joissa käsitellään synnytyskipua ja synnytyskipun hoidon tehokkuutta lääketieteessä ja hoitotieteissä.

Esitetyn lähdemateriaalin analyysi viittaa mielestäni siihen, että synnytyskipusta voi olla enemmän haittaa synnyttäjälle ja sikiölle kuin lääketieteellisestä kivunlievittämisestä. Analyysini mukaan tällä hetkellä Suomessa vallitsee kaksi käsitystä synnytyskipun lievittämisestä: lääketieteellinen ja luonnonmukainen. Myös synnytykset luokitellaan saman periaatteen mukaan. Lääketieteellisessä lähestymistavassa ajatellaan, että kivulla on ainoastaan kielteisiä vaikutuksia sekä synnyttäjään että sikiöön. Kipu voi lamauttaa psyykkisesti sekä heikentää kohdun supistuksia ja johtaa synnytyksen pitkittymiseen, istukkaverenkierron heikentymiseen ja sikiön hapenpuutteeseen. Tässä lähestymistavassa kivun hoito on välttämätöntä. Luonnonmukaisen lähestymistavan mukaan kivulle

annetaan myönteinen merkitys, jolloin synnytys tapahtuu omin voimavaroin eikä farmakologiseen kivunlievitykseen tai lääketeknologiaan turvauduta. Tämä lähestymistapa ei ota huomioon synnytyskivun kielteisiä vaikutuksia.

Luonnonmukaisiin kivunlievityksen hoitomenetelmiin kuuluu ennaltaehkäisevä menetelmä sekä kivunlievitys ilman lääkkeitä. Näissä lähestymistavoissa harjoitellaan rentoutumista ja synnytyksen aikana on mahdollista kävellä tai istua, käydä vesialtaassa tai suihkussa. Luonnonmukaiset kivunlievitysmenetelmillä ei ole merkittävää vaikutusta kivunlievittämiseen, sillä niiden tavoitteena on valmistaa synnyttäjää kestäämään kipua.

Lääketieteellisistä menetelmistä tällä hetkellä Suomessa käytetään kivunlievitystä lääkkeillä ja puudutuksilla. Kivunlievitys lääkkeillä tapahtuu lihakseen tai suoneen annettuun lääkeaineen kautta, joka vaikuttaa myös sikiöön, mutta hyvin erittyä äidin avulla. Epiduraalipuudutus on tehokkain kivunlievitysmenetelmä, jonka käyttö viime vuosina on lisääntynyt. Tutkijat ovat kuitenkin erimielisiä siinä, ovatko puudutukset turvallisia vai ei. Eräät tutkijat väittävät, että puudutuksilla on aina haittavaikutuksia sekä synnyttäjään että sikiöön. Toisen näkökulman mukaan epiduraalipuudutukset ovat turvallisia ja niiden tavallisin haittavaikutus on vereenpaineen lasku, joka on yleensä vaaraton.

Lähdemateriaalini tutkimukset osoittavat, että synnyttäjät kokevat ei-lääketieteellisten kivunlievityksen menetelmien (rentoutuminen, vesihoito, hieronta, liikkuminen ym.) helpottavan synnytyskipuja. Mutta edellä mainittuja menetelmiä ei ole aina mahdollista käyttää, mikä voi johtua esimerkiksi rentoutumisen harjoittelun tai synnytyssalissa annetun ohjauksen vähäisyydestä tai siitä, että kätilöt käyttävät hierontaa synnytyksissä vain harvoin. Tutkimuksissa on myös todettu, että ei-lääketieteelliset menetelmät eivät ole yhtä tehokkaita kuin lääketieteelliset. Näin on luultavasti siksi, että niiden tavoitteena on kivun kestäminen eikä kivun poisto.

Tehokkain lääketieteellinen kivunlievitysmenetelmä on epiduraalipuudutus. Tästä huolimatta epiduraalin käyttö ei takaa aina kivunlievitystä, mikä johtuu lääkeannoksen vähäisestä määrästä tai teknisestä epäonnistumisesta. Sairaaloiden väliset resursoinnin erot selittävät synnyttäjien kivunlievittämiseen tyytyväisyyden eroja. Ei-farmakologisia keinoja priorisoivan sairaalan synnyttäjillä tyytyväisyys hoitoon on matalampi kuin tehokkaasti lääketieteellisiä kivunlievitysmenetelmiä käytettävän sairaalan potilailla.

Epiduraalin riittämätöntä annostusta voidaan pitää uudenlaisena vallan käyttönä. Asiat yhteiskunnassa on organisoitu niin, että naiset joutuvat kärsimään synnytyksissä, mikä ei suinkaan ole teknologian tai lääketieteen, vaan politiikan syytä. Naiset joutuvat kärsimään aina, sillä heidän ulottuvilla on ainoastaan kivuliaita ja vaikeita vaihtoehtoja, olipa kyseessä koti- tai sairaalasyntyminen. Naisilla ei ole parempia vaihtoehtoja synnytyksen järjestämiselle siitä huolimatta, että lääketieteessä ja reproduktioteknologioissa merkittävää kehitystä ja mullistavia muutoksia tapahtuu jatkuvasti.

4.2 Pohdinta

Tutkimukseni oletamus on, että lääkärit ja hoitohenkilökunta eivät panosta tarpeeksi synnyttävien naisten hyvinvointiin, sillä naiset kärsivät synnytyksissä edelleen. Oletamus syntyi omien synnytyskokemusteni sekä Simone de Beauvoirin ja erityisesti Shulamith Firestonen teostensa pohjalta. Jälkeenpäin, analysoinnin ja pohdinnan tuloksena, näyttää siltä, että vahvojen oletamusten ohjaamina toimivat kaikki tämän tutkimuksen kirjallisuuden ja myös lähdemateriaalin kirjoittajat. Adrienne Richillä, Emily Martinilla ja Aila Miettisellä on vahva oletamus luonnollisen synnytyksen paremmuudesta ja Firestonella, de Beauvoirilla ja Johanna Sarvelalla lääketeknologioiden käytöstä. Donna Haraway, joka ei käsitellyt synnytystä, mielestäni rikastuttaa biologian ja teknologioiden käytön tarkastelua. Harawayn mukaan biologia on diskurssi ja hän rinnastaa ihmisen genomien ja biologian ihmisten luomiin teknologioihin. Tästä näkökulmasta kategoria ”luonnollinen” tarkoittaa vallassa olevaa diskurssia ja ”luonnollistaminen” alistamista.

Synnytyskipujen pitäminen diskurssin mukaisena luonnollisena ilmiönä, jolle kukaan ei voi mitään, tarkoittaa synnyttävien naisten alistamista. Haluaisin hyödyntää Harawayn teoriaa laajemmin tulevassa jatkotutkimuksessani.

Valitsin epistemologiseksi positiokseni feministisen postmodernin lähestymistavan, jonka kautta lähestyin de Beauvoirin ja Firestonen teoksia. De Beauvoirin teoksen analyysini mukaan biologia yksin ei määrää naisten alistettua asemaa, vaan alistaminen johtuu myös sosiaalisista rakenteista ja olosuhteista. De Beauvoir mielestäni ei tee erottelua biologisen ja sosiaalisen sukupuolten (sex/gender) välille, vaan pyrkii osoittamaan, miten biologista sukupuolta sosiaalisissa järjestelmissä rakennetaan muun muassa toiminnan kautta. Sosiaalisen ja biologisen sukupuolen yhteenkietoutuminen on yksi postmodernin feminismiin lähestymistavan merkkejä.

Sen sijaan Firestonen teoksen punaisena lankana on biologisen ja sosiaalisen sukupuolen erottelu. Biologisen sukupuolen merkittävimmistä haitoista – synnyttämisestä - vapautuminen tekijänsä mukaan johtaisi naisten sorron loppumiseen ja sukupuolten tasa-arvoon. Koska radikaalifeministi Firestonen haaveet eivät toteutuneet, lähestyin Firestonen ajattelua erilaisesta näkökulmasta, jonka mukaan en tee jyrkkää erottelua biologisen ja sosiaalisen sukupuolten välille. Koska naiset joutuvat synnyttämään edelleen, pyrin käyttämään tutkimukseni kannalta Firestonen parhaita aatteita olematta yhtä jyrkkä kuin Firestone. Teknologioiden käyttö synnytysten helpottamiseksi johtaisi naisten biologisen ja sosiaalisen synnyttäjäsukupuolen tehtävän helpottamiseen.

Myös feministisestä poststandpointista tuli tärkeä osa tutkimusta. Erityisen kiinnostukseni kohteena ovat synnyttävät naiset, joten tarkastelen yhteiskunnallisia ilmiöitä heidän näkökulmastaan. Muuttamalla synnyttävien naisten elämän ehtoja myös muuttuu miehinen maailma ja androsentrinen ajattelutapa.

Arvioin, että empiirisen tutkimuksen pohjana olisi voinut olla enemmän tutkimuksia ja artikkeleita erilaisista kättilöiden käyttämisestä synnytyskivun hoitomenetelmistä. Käyttämäni lähdemateriaalin mukaan kättilöiden menetelmät eivät ole yleensä yhtä tehokkaita kuin lääketieteelliset, minkä syystä rajoitin lähdemateriaalin käyttämiin tutkimuksiin.

Tutkimukseni näytti, että synnytykset ovat erilaisia ja ongelmattomien ja kivuttomien synnytysten lisäksi hyvin monessa synnytyksessä joudutaan turvautumaan lääketieteen ammattilaisten apuun. Länsimaissa kukaan ei enää kyseenalaista esimerkiksi naisten äänioikeusten olemassaoloa. Mutta näyttää siltä, että feministinen taistelu synnyttävien naisten oikeuksista parhaisiin lääke- ja hoitotieteellisin hoitomenetelmin käyttöön synnytysten turvaamiseksi ja helpottamiseksi ei ole ohitse.

5 EPILOGI

Aloitin tutkielmani Suomessa vuonna 2009. Nyt tutkimus kesällä 2013 lähestyy loppua ja asun tällä hetkellä Iso-Britanniassa. Britannian kuningasperhe odottaa perheenisäystä ja tiedotusvälineet pursuavat raskausajan uutisia sekä prinsessa Katen tulevaan synnytykseen liittyviä suunnitelmia.

Uutisvälineissa kerrotaan, että Kate on laatinut synnytyssuunnitelman. Hän on tutkinut monia synnytysvaihtoehtoja ja päätenyt siihen, että synnytys tapahtuu luonnollisesti ja sairaalassa. Hypnoosisynnytys vetoaa Katea puoleensa, sillä hypnoosisynnytyksen periaatteiden mukaan ahdistus ja pelko ovat tekijät, jotka tekevät synnytyksen kivuliaamman ja saavat sen kestäämään pidempään. Hypnoosilla pyritään vähentämään haittatekijöitä.

Katen suunnitelmia on kommentoinut muun muassa Mervi Jokinen, joka työskentelee The Royal College of Midwives – järjestössä ammattineuvojana. Jokinen kertoi tiedotusvälineille, että Kate on terve nainen, jolle normaali synnytys on paras vaihtoehto. Me kaikki olemme sitä mieltä, sanoi Jokinen, että normaali, spontaani synnytys alateitse on paras vaihtoehto terveelle synnyttäjälle. Keho valmistautuu synnytykseen yhdeksän kuukauden ajan ja normaali synnytys on todellakin luonnollinen loppupiste raskaudelle. (Hookem-Smith 2013.)

Jokisen lausunnossa toistuvat sanat ”normaali” ja ”luonnollinen”. Edelleen luonnollisen synnytyksen periaatteet tuntuvat ylivoimaisen vahvoina nykyaikana. Silti monikaan asia ei tunnu olevan nykyään luonnollinen. Myöskään synnytystä en sanoisi luonnolliseksi, koska se yleensä tapahtuu sairaalassa lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan avustamana. Myös prinsessa Kate valmistautuu luonnolliseen hypnoosisynnytykseen sairaalassa. Tiedotusvälineissä arvioidaan, että prinsessan valinta synnyttää luonnollisesti tulee rohkaisemaan monia naisia synnyttämään luonnollisesti, mikä voi vaikuttaa keisarileikkausten määrän vähentymiseen Iso-Britanniassa.

Jatkotutkimuksessa olisi mielestäni tärkeää selvittää, mitkä ovat syyt sille, että naiset itse haluavat synnyttää luonnollisesti ja minkä merkityksen he antavat luonnolliselle synnytykselle. Kysyisin naisilta, mikä johtaa luonnollisen synnytyksen ihannointiin. Haluavatko toisen kerran synnyttäjät yhtä paljon luonnollista synnytystä kuin ensikertalaiset?

KIRJALLISUUS

Alasuutari Pertti 2010. Fakta- ja näytenäkökulmat. Luettu 10.03.2010.

http://www.uta.fi/laitokset/yti/verkosto/lyhty/laadullinen_tutkimus/erilaiset_paradigmat/fakta_ja_na_ytenakokulmat.html

Alcoff Linda & Potter Elizabeth (eds.) 1993. Feminist Epistemologies. Routledge, London.

Alsop Rachel, Fitzsimons Annette & Lennon Kathleen 2002. Theorizing Gender. Polity Press, Cambridge.

Butler Judith 2006. Hankala sukupuoli. Feminismi ja identiteetin kumous. Gaudeamus, Helsinki.

Crossley Michele L. 2007. Childbirth, Complications and the Illusion of 'Choice': A Case Study. *Feminism & Psychology*, 17: 543-563.

De Beauvoir Simone 2009. Toinen sukupuoli 1. Tosiasiat ja myytit. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. Suom. Koskinen Iina, Lukkari Hanna & Ruonakoski Erika.

Ettorre Elizabeth 2009. Prenatal Genetic Technologies and the Social Control of Pregnant Women: A Review of the Key Issues. *Marriage & Family Review*, 45:448-468.

Firestone Shulamith 1979. The Dialectic of Sex. The Case for Feminist Revolution. The Women's Press, London.

Gannon Susanne & Davies Bronwyn 2007. Postmodern, Poststructural, and Critical Theories.

Teoksessa Sharlene Nagy Hesse-Biber (eds.) *Handbook of Feminist Research: Theory and Praxis*. Sage, London. 71-106.

Haraway Donna 2004. *The Haraway Reader*. Routledge, New York & London.

Haraway Donna 2006. When We Have Never Been Human, What Is to Be Done? Interview with Donna Haraway. *Theory, Culture & Society* 23:135.

Harding Sandra 1993. Rethinking Standpoint Epistemology: What Is "Strong Objectivity"? Teoksessa Alcoff Linda & Potter Elizabeth (eds.) *Feminist Epistemologies*. Routledge, London. 49-82.

Honkasalo Marja-Liisa 2008. *Reikä sydämessä*. Vastapaino, Tampere.

Hookem-Smith Kim 2013. Kate Middleton's normal birth could reduce UK's caesarean rate. <http://uk.lifestyle.yahoo.com/kate-middleton-natural-birth-duchess-of-cambridge-encourage-women-give-birth-caesarean-095722304.html> Luettu 30.06.2013.

Liljeström Marianne (toim.) 2004. *Feministinen tietäminen. Keskustelua metodologiasta*. Vastapaino, Tampere.

Liljeström Marianne 2004. Feministinen metodologia – mitä se on? Teoksessa Liljeström Marianne (toim.) *Feministinen tietäminen. Keskustelua metodologiasta*. Vastapaino, Tampere. 9-23.

Martin Emily 1989. *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Open University Press/Milton Keynes.

Nagy Hesse-Biber Sharlene (eds.) 2007. *Handbook of Feminist Research: Theory and Praxis*. Sage, London.

Peterson V. Spike 2004. Feminist Theories Within, Invisible To, and Beyond IR. *The Brown Journal of World Affairs*. 2: 35-46.

Raskauden ehkäisyn historiaa 2009. Luettu 14.04.2013.

<http://www.tohtori.fi/?page=1215061&id=1242691>

Rich Adrienne 1995. *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. Norton & Company, New York & London.

Ruoho Iris 1990. ”Naisnäkökulman” ongelmia. Yhdysvaltalaisista standpoint-teorioista ja postmodernista feminismistä. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos, Naistutkimusyksikkö, Tampere.

Saresma Tuija, Rossi Leena-Maija & Juvonen Tuula (toim.) 2010. *Käsikirja sukupuoleen*. Vastapaino, Tampere.

Saresma Tuija 2010. Kokemuksen houkutus. Teoksessa Saresma Tuija, Rossi Leena-Maija & Juvonen Tuula (toim.) *Käsikirja sukupuoleen*. Vastapaino, Tampere. 59-74.

Stockill Clare 2007. II. Trust the Experts? A Commentary on Choice and Control in Childbirth. *Feminism & Psychology*, 17: 571-577.

Smith-Rosenberg Carroll 1985. *Disorderly Conduct. Visions of Gender in Victorian America*. Oxford University Press, New York, Oxford.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi, Helsinki.

LIITE 1 LÄHDEMATERIAALI

Anttonen Taina, Hämäläinen Elvi, Koivunen Maarit & Rytönen Päivi 1990. Kätilöiden käyttämät hoitotyön keinot synnytyskipujen lievittämiseksi sekä synnyttäjien ja kätilöiden kokemuksia hoitotyön keinoista synnytyskipujen lievittymiseen. Kuopion terveydenhuolto-oppilaitoksen julkaisuja, Julkaisusarja A6/1990, Kuopio.

Haukkamaa Maija & Sariola Anna 2001. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala Olavi & Kauppila Antti (toim.) Naisten taudit ja synnytykset. Duodecim, Vammala.

Miettinen Aila 2009. Synnytyskipu ja endorfiinit ohjaavat synnyttäjää. Suomen Lääkärilehti 24/2009 vsk 64.

Sarvela Johanna, Aho Antti, Halonen Pekka, Yli-Hankala Arvi, Teramo Kari & Korttila Kari 2005. Yliopistosairaalaan synnyttäjien kokemukset kivunhoidosta 2000-2001 Helsingissä ja Tampereella. Suomen Lääkärilehti 7/2005 vsk 60. 775-780.

Sarvela Johanna & Nuutila Mika 2009. Synnytyskipu. Duodecim 2009; 1881-1888.

Vallimies-Patomäki Marjukka 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 64, Kuopio.

Ylikorkala Olavi & Kauppila Antti 2001 (toim.) Naisten taudit ja synnytykset. Duodecim, Vammala.